

Rettighetsbasert utvikling i praksis
Kvinnens kamp for reproduktiv helse i Ecuador

Ingvild Jønsberg



Masteroppgave ved Institutt for statsvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO, SEPTEMBER 2008

Forord

Min første reise til Ecuador i 2001 gjorde et sterkt inntrykk, og interessen for dette landet forsvant aldri. Etter å ha studert statsvitenskap en stund forsto jeg at det var menneskerettigheter jeg aller helst ville skrive om, og var så heldig å få skriveplass på Senter for utvikling og miljø. Takk til min veileder Dan Banik (h07/v08) for utallige gode råd, entusiasme og inspirasjon! Jeg hadde nok heller ikke fullført uten tålmodig støtte fra familie og venner. Men mest av alt må jeg takke alle ecuadorianerne som med en utrolig åpenhet og hjelpsomhet har gjort oppgaven til det den er - en oppsummering på spansk er på vei!

Antall ord: 34 766.

Manabi-provinsen



Kilde: [http://fotw.fivestarflags.com/ec\(m.html](http://fotw.fivestarflags.com/ec(m.html) [Lesedato: 13.08.08].

Forkortelser og oversettelser

ALCA	Area de libre comercio de las Americas (frihandelsavtale)
APROFE	Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana (NGO)
CCEDAW	Committee on the Elimination of Discrimination against Women
CEDAW	Convention on the Elimination of All forms of Discrimination against Women
CEMOPLAF	Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (NGO)
CEPAR	Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (NGO)
CLADEM	Comité de America Latina y el Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer (nettverksorganisasjon)
CONAMU	Consejo Nacional de Mujeres, <i>Det nasjonale kvinnerådet</i>
CONASA	Consejo Nacional de Salud, <i>Det nasjonale helserådet</i>
CPME	Coordinadora Política de Mujeres Ecuatorianas (NGO)
Endemain	Encuesta demográfica y de salud materna e infantil (befolkningsundersøkelse)
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (geriljagruppe)
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, <i>Latinamerikansk senter for samfunnsforskning</i>
FNPME	Foro Nacional Permanente de la Mujer Ecuatoriana (NGO)
HRBA	Human Rights-Based Approach to Development
IMF	International Monetary Fund
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, <i>Nasjonalt statistikkbyrå</i>
LACHSR	Latin American and Caribbean Health Sector Reform
LMGYAI	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, <i>Lov om gratis morskap og helsestell for barna</i>
NGO	Non-governmental organization
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
OPS/WHO	Organización panamericana de salud/World Health Organization, <i>Den panamerikanske helseorganisasjonen/Verdens helseorganisasjon</i>
SAPRIN	The Structural Adjustment Participatory Review International Network
SIISE	Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (statistisk database)

UELMGAI	Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, <i>Direktoratet for LMGYAI</i>
UNDP	United Nations Development Program
UNICEF	United Nations Children’s Fund
UNFPA	United Nations Population Fund
USAID	U.S. Agency for International Development

KAPITEL 1- INNLEDNING.....	1
1.1 PROBLEMSTILLING	3
1.2 ECUADORS HISTORIE, BEFOLKNING OG POLITIKK.....	5
<i>Politisk historie</i>	7
<i>Fattigdom og ulikhet</i>	8
1.3 FORSKNINGSDESIGN OG METODE.....	10
<i>Manabi</i>	12
<i>Kilder.....</i>	13
<i>Validitet og reliabilitet</i>	15
1.4 DISPOSISJON.....	16
KAPITEL 2- TEORETISKE PERSPEKTIVER	18
2.1 RETTIGHETSBASERT UTVIKLINGSTEORI.....	19
<i>1. og 2. generasjons rettigheter.....</i>	22
2.2 KRITIKK AV RETTIGHETSBASERT UTVIKLINGSTEORI	23
2.3 RETTEN TIL HELSE.....	28
<i>Fra befolkningskontroll til fødselskontroll.....</i>	29
<i>Kan fattigdom bekjempes gjennom kvinners reproduktive rettigheter?.....</i>	31
<i>Bemyndigelse av kvinner.....</i>	33
2.4 OPERASJONALISERING AV PROBLEMSTILLINGEN	35
KAPITEL 3- KVINNESAK OG MENNESKERETTIGHETER I ECUADOR.....	39
3.1 MOBILISERING OG ORGANISERING AV KVINNER	40
3.2 REPRODUKTIVE OG SEKSUELLE RETTIGHETER.....	42
<i>Kulturkonflikt?</i>	47
3.3 LMGYAI- EN LOV BASERT PÅ MENNESKERETTIGHETER?	49
<i>Ti år med LMGYAI.....</i>	51
<i>Reproduktiv helse til alle?.....</i>	53
3.3 ADMINISTRERING OG FINANSIERING AV LOVEN	56
KAPITEL 4 - LMGYAI OG REALISERING AV RETTIGHETER I MANABI.....	59
<i>Resultater</i>	60
4.1 LOKAL DELTAKELSE OG SOSIAL KONTROLL	61
4.2 UTFORDRINGER FOR GJENNØNFØRING AV LOVEN.....	65
<i>Avstand.....</i>	66
<i>Åpningstider</i>	66
<i>Betaling for tjenestene.....</i>	67
<i>Kvalitet</i>	68
<i>Likeverd.....</i>	68
<i>Ikke-diskriminering</i>	69
4.3 SAMARBEID OG ANSVARLIGGJØRING	70
<i>Forholdet til helsepersonell</i>	70
<i>Kontroll med lokale myndigheter.....</i>	71
<i>Samarbeidsprosjekter.....</i>	72
<i>Brukerkomiteenes rolle</i>	73
4.4 BEMYNDIGELSE SOM RESULTAT?	74
KONKLUSJON.....	79
<i>Kvinnens rettigheter i Ecuador.....</i>	79
<i>Lov om gratis morskap og helsestell for barn.....</i>	80

<i>Veien videre</i>	82
LITTERATURLISTE.....	84
LISTE OVER INFORMANTER	90

Kapitel 1 – Innledning

Denne oppgaven handler om kvinners rettigheter til reproduktiv og seksuell helse. Det var FNs internasjonale kvinnekonferanse i Mexico i 1975 som virkelig satte kvinners kollektive rettigheter på den internasjonale politiske agendaen. Her ble det slått fast at kvinners gjennomgående dårligere levestandard, rettigheter, muligheter og status umulig kunne sees som tilfeldige enkelttilfeller, men heller som en systematisk diskriminering av 50% av jordas befolkning. Fire år senere kom FNs kvinnekonvensjon, som er en samling av alle de lovskildene som til sammen utgjør kvinners kollektive rettigheter.

Kvinnekonvensjonen definerer diskriminering som noe som kan forekomme både direkte og indirekte. Direkte diskriminering er urettmessig forskjellsbehandling av kvinner fordi de er kvinner, mens indirekte diskriminering er tiltak, lover, tradisjoner etc. som formelt sett er basert på likebehandling av kjønnene, men som i praksis virker diskriminerende på kvinner. Reproductiv helse er et godt eksempel. Både menn og kvinner har rettigheter i forhold til reproduktiv helse, for eksempel har de rett på informasjon om HIV/AIDS. Samtidig vil kvinner og menns behov og interesser ofte være ulike, og et av de tydeligste eksemplene på dette er de spesielle helsemessige behovene som kvinner har i forbindelse med barnefødsler. Manglende helsetilbud til gravide kvinner er dermed ikke bare i strid med menneskerettighetene fordi alle har rett til helse, men også fordi det er et eksempel på indirekte diskriminering av kvinner. Ifølge FNs befolkningsfond (UNFPA 2005:34) er det et tegn på kvinners lave status og deres manglende innflytelse i samfunnet når det globalt dør over en halv million kvinner unødvendig hvert år i forbindelse med fødselskomplikasjoner, og dette tallet knapt har endret seg de siste ti årene.

Reproduktive og seksuelle rettigheter er et begrep som stammer fra FNs internasjonale konferanse om befolkning og utvikling i Kairo i 1994. Kort forklart er reproduktive rettigheter de rettighetene til helse som har med seksualitet å gjøre. Reproductive helseproblemer inkluderer mødre- og barnedødelighet, uønskede graviditeter, usikre aborter, HIV/AIDS og andre seksuelt overførbare sykdommer, kreft og sterilitet (ibid:33). Det er også vanlig å inkludere vold mot kvinner i definisjonen av reproduktiv helse, siden disse problemene med fordel kan sees i sammenheng. Reproductive rettigheter henger sammen med seksuelle rettigheter, som innebærer blant annet kroppslig integritet og frivillighet i seksuelle relasjoner.

Den vanligste årsaken til kvinners sykdom og dødelighet globalt er nettopp reproduktive helseproblemer (ibid). Tiltross for omfanget av disse problemene vil jeg påstå at kvinners rettigheter ofte oppfattes som mer kontroversielle eller er mindre i fokus enn barns rettigheter. Ifølge Mora og Yunes (1993:65) var det en tendens i Latin-Amerika helt frem til midten av 80-tallet at man forsket på fosteret og spedbarnets helse, mens mors helse under svangerskapet var et lite berørt tema. Mor og barns helse henger imidlertid sammen på en rekke direkte og indirekte måter, som gjør at det er naturlig å se de i sammenheng. For eksempel er lav fødselsvekt hos nyfødte barn en viktig årsak til barnedødeligheten, samtidig som det er et indirekte mål på mødrenes helsetilstand. I Ecuador hadde 18% av alle barn født i 1999 lav fødselsvekt (Hermida m fl 2005:3).

Reproduktive rettigheter henger i stor grad sammen med fattigdom. Av alle helsespørsmål er mødredødeligheten – altså andel av kvinner som dør i forbindelse med graviditet eller fødselen statistikken hvor det er størst forskjell mellom i-land og u-land (Cook m fl 2001:3). I de rike landene er mødredødeligheten nesten utryddet, faktisk skjer 99% av alle dødsfall i forbindelse med fødsler i u-land (UNFPA 2005:34). Det er også forskjeller mellom fattige og rike innad i land, som for eksempel i Ecuador. Her viser undersøkelsen ”Endemain” (CEPAR 2005) at fattigdom gjennom variabler som økonomi, utdanning, bosted og etnisitet øker sjansen for de fleste problemer innen reproduktiv helse, som uønskede graviditeter, vold i familien, HIV/AIDS og mødredødelighet. Fattigdom betyr ofte mindre kunnskap om helse, at helsetjenestene er mindre tilgjengelige og at man ikke har muligheten til å benytte private helsetjenester. Det er dermed liten tvil om at fattigdom har en negativ effekt på reproduktiv helse, men hva er den positive effekten av reproduktiv helse på utvikling? Med andre ord hvordan kan reproduktiv helse være med på å hindre eller fremme utvikling?

Analysen i denne oppgaven gjøres på grunnlag av menneskerettighetsbasert utviklingsteori (heretter rettighetsbasert utviklingsteori eller HRBA¹). HRBA ser på menneskerettigheter og utvikling som to sider av samme sak. Ikke bare er menneskerettigheter et viktig verktøy for å fremme utvikling, det er også helt nødvendig med en utviklingsstrategi som er basert på menneskerettigheter. Bare når utviklingsprosjekter er basert på menneskerettigheter hviler de på internasjonalt anerkjente normer og verdier, og bare når endringsprosessene er bygget på prinsipper som demokratisk deltakelse, respekt for kulturer og fokus på de marginaliserte kan

¹ Human Rights-Based Approach to Development.

man få til utvikling som er mer meningsfull og bærekraftig på lang sikt. I et HRBA-perspektiv er det helt nødvendig å fokusere på kvinners reproduktive rettigheter. Både fordi styrkingen av kvinners rettigheter er et mål i seg selv, men også fordi spørsmålet har en sentral betydning for utvikling på samfunnsnivå. Målet med HRBA er såkalt *empowerment* av de fattige (heretter omtalt som bemyndigelse, på spansk: empoderimiento). Kabeer (1999:2) forklarer bemyndigelse som en endring i en persons mulighet eller evne til å ta viktige valg angående eget liv. Hvis man mangler denne muligheten er man *disempowered*, men hvis innflytelsen over eget liv øker blir man ikke *powerful* (som ikke indikerer noen endring), men *empowered*. Utvikling gjennom bemyndigelse innebærer derfor positive endringer som ikke fokuserer på velstand eller makt i seg selv, men på rettigheter til et verdig liv og muligheten til innflytelse både over eget liv og samfunnslivet.

Kvinnens reproduktive rettigheter er et viktig spørsmål i Ecuador, både for å bedre kvinners rettigheter og for å fremme utvikling. I denne oppgaven skal jeg se på iverksettingen av en lov som søker å fremme kvinners reproduktive rettigheter. Jeg ønsker både å sette meg inn i den nåværende situasjonen for kvinners rettigheter og fattigdom i Ecuador, hvilke erfaringer man har gjort seg i praksis i forbindelse med denne loven, og hvordan dette kan tolkes i et HRBA-perspektiv. Oppgaven har blitt beskrevet på grunnlag av feltarbeid som foregikk i hovedstaden Quito og i provinsen Manabi.

1.1 Problemstilling

Mitt case er iverksettingen av "Lov om gratis morskap og helsestell for barna" (LMGYAI), med spesielt fokus på Manabi. Loven kom første gang i 1994, og har siden reformen i 1998 hatt som formål å sikre gratis reproduktive helsetjenester til alle kvinner, og en pakke med grunnleggende helsetjenester til barn under 5 år. Loven ble beskrevet som en erobring for kvinners rettigheter av en av informantene, og er interessant både pga sitt menneskerettighetsfokus og fordi den gir et mandat til fattige kvinner om deltakelse og kontroll av helsetjenestene. Men til tross for at det har gått 14 år siden den opprinnelige loven kom, så har den bare i begrenset grad blitt iverksatt rundt om i landet. Nå er det usikkert hva som kommer til å skje med loven. Da jeg var på feltarbeid i januar 2008 var en gruppe folkevalgte representanter samlet i kystbyen Montecristi for å reformere Grunnloven. I den forbindelse har President Correa foreslått en omfattende helsereform som skal innebære en garanti for gratis helsetjenester til alle. Det er derfor usikkert hva slags fremtid LMGYAI har,

men det er sannsynlig at den blir tilsidesatt. I verste fall kan Grunnlovsreformen bety et tilbakeskritt i den pågående kampen for kvinners reproduktive rettigheter. Jeg vil undersøke i hvilke grad loven har hatt betydning frem til i dag, og hva slags erfaringer man har gjort seg.

Det offentlige helsevesenet i Ecuador er underfinansiert og ute av stand til å dekke befolkningens grunnleggende behov. Ecuador var i 2004 blant de landene i Latin-Amerika som brukte minst på offentlig helse (OPS/WHO 2007). Det mest ekstreme året var 1999, da den økonomiske krisa i landet førte til at helsebudsjettet ble kuttet med 32% sammenliknet med året før (Bortman 2003:304). Det offentlige finansierer bare 51 % av ecuadorianernes helse, mens hele 46% blir finansiert av privat sektor, ofte privatpersoners egne midler (ibid:305). Helsevesenet har også problemer i forbindelse med stadig skiftende regelverk, interessekonflikter i administrasjonen, lite ressurser til forebyggende helse og mangel på kontroll over kvaliteten på tjenestene (ibid:310). I tillegg er helsesektoren fragmentert, og de ulike aktørene som gir helsetjenester er dårlig koordinert. Det finnes fire ulike typer helseforsikring i landet, men 2/3 av befolkningen har ingen forsikring overhodet (ibid:293). Ifølge en av informantene mangler man et fungerende system hvor aktørene innen helse samarbeider seg imellom og slik kan dekke en større del av befolkningen. Det ble riktignok allerede i Grunnloven av 1998 bestemt at man skulle lage et nytt "Nasjonalt helsesystem". Vedtaket ble fulgt opp av en ny helselov i 2002, og Det nasjonale helserådet som er et uavhengig statlig organ skulle støtte det nye systemet og koordinere de ulike aktørene innen helsesektoren. LMGYAI ble altså til i en periode med store endringer i helsesektoren, og påvirkning fra reformen for desentralisering gjorde at lokale myndigheter har fått en sentral rolle i iverksettingen av loven. Innholdsmessig hadde dannelsen av LMGYAI et klart motiv- nemlig å få ned mødre og barnedødeligheten i landet. I 1993 var Ecuador blant landene i Latin-Amerika med høyest mødredødelighet, og disse lå på samme nivå som Sverige for rundt 100 år siden (Mora og Yunes 1993:177).

Loven har etter flere reformer fått et bredere fokus som sies å være i tråd med reproduktive og seksuelle menneskerettigheter. Jeg vil anta at både den katolske kirken og den såkalte machokulturen er utfordringer for realisering av reproduktive rettigheter i Ecuador. Det er nettopp disse to faktorene som gjør reproduktive rettigheter til et så komplisert problem i mesteparten av Latin-Amerika. Mora og Yunes (ibid) mener at reproduktiv helse er det alvorligste helseproblemet for kvinner i Latin-Amerika både på personlig, familie- og samfunnsnivå, tross for at man har begrenset informasjon om problemene.

Jeg skal undersøke både utformingen og iverksettingen av LMGYAI. Iverksettingsstudier ble et eget forskningsfelt i offentlig politikk på 70-tallet, og Kjellberg og Reitan (1997:132) skiller mellom to hovedretninger - den beslutningsorienterte og den prosessorienterte tilnærmingen. Mens den første ser iverksetting som et sett av vedtak som blir gjennomført fra sentrale myndigheter, fokuserer den andre på hvordan gjennomføringen av disse vedtakene foregår lokalt, gjennom et nettverk av aktører og uformelle prosesser. Forskjellen mellom dem ligger i at de ser på ulike stadier av iverksettingen, men også at de har ulike syn på styring (ibid:153). Den prosessorienterte tilnærmingen kom slik som en protest mot det som ble oppfattet som hierarkisk styring ovenfra. Jeg støtter meg på en slik tolkning av iverksetting som den til Elmores (ibid:155), hvor iverksetting sees som en stadig vekselvirkning mellom utformingen av tiltak og erfaringene i gjennomføringene av dem. Dette åpner for en læringsprosess, der erfaringer kan bidra til å omformulere de opprinnelige målsettingene. Jeg vil i kapitel 3 se på beslutningsfasen og administreringen av loven i Quito, og i kapitel 4 erfaringene fra gjennomføringen i Manabi-provinsen. Det er imidlertid også interessant å tenke på LMGYAI som en indirekte måte å iverksette menneskerettigheter på, og i den sammenhengen er det snakk om en prosess ovenfra, fra det internasjonale samfunn, som kanskje og kanskje ikke viser seg å være meningsfull for dem det gjelder - kvinnene i Manabi. Dette er imidlertid ikke en iverksettingsstudie, siden analysen blir gjort i lys av rettighetsbasert utviklingsteori.

Jeg ønsker å finne svar på følgende spørsmål:

- 1) Hva er de største utfordringene for kvinners rettigheter i Ecuador i dag? I hvilke grad har menneskerettighetsavtaler blitt ratifisert, og kvinners reproduktive rettigheter realisert i Ecuador? Hva er bakgrunnen for LMGYAI, og i hvilke grad kan denne loven bidra til å styrke kvinners reproduktive rettigheter i Ecuador?
- 2) I hvilke grad er LMGYAI iverksatt i Manabi? Hvilke aktører er involvert her, og hva er de største utfordringene? Hvordan fungerer HRBA i praksis, og hva kan erfaringene fra Manabi si oss om HRBA som utviklingsstrategi?

1.2 Ecuadors historie, befolkning og politikk

Da Ecuador ble uavhengige fra Spania var det som resultat av at "los criollos" - etterkommerne av spanske erobrere som var født i Latin-Amerika - ønsket mer frihet og

selvstyre fra fastlands-Spania. Føderasjonen Gran Colombia ble erklært selvstendig i 1822 og besto av dagens Ecuador, Colombia, Venezuela og Panama, men varte bare til 1830, det samme året som Ecuador ble en selvstendig stat. Frigjøringen av landet ble på den måten ledet av den hvite overklassen, og støttet av den katolske kirkens utsendinger i Latin-Amerika. Navnet på den prosessen der de ulike folkegruppene blandet seg er "el mestizaje", og de ulike etniske kategoriene man kunne havne i var avgjørende for både sosial status og muligheter i livet. Den dag i dag kan det ecuadorianske samfunnet forstås ut fra dette sosiale hierarkiet hvor hudfarge spiller en sentral rolle. Dette kommer til syne blant annet i fattigdomsstatistikk, hvor urbefolkningen og afroecuadorianerne har generelt dårligere levekår enn de som er hvitere. Fattigdommen er konsentrert om spesielle provinser, kantoner og bydeler - i tillegg til at rurale områder generelt er dårligere stilt enn de urbane. Kvinner er også dårligere stilt enn menn på en rekke indikatorer. Behovet for å styrke kvinners menneskerettigheter må derfor forstås ut fra det sosiale hierarkiet som tradisjonelt har gitt kvinnen en underlegen posisjon i samfunnet og i familien.

Ecuador har i dag ca. 13.8 millioner innbyggere.² Den største folkegruppen som kalles mestizo er en blanding av spanjoler og indianere. Mestizo'ene utgjør ca. halve befolkningen, urbefolkningen ca. 25% og afroecuadorianere ca. 10% (Roos og Renterghem 1997:25-27). Disse tallene varierer imidlertid kraftig. Særlig for mestizo'ene er det et sosialt og kulturelt spørsmål om de vil markere sin tilhørighet til urbefolkningens kultur ved blant annet tradisjonell klesdrakt og ved å snakke andre språk enn spansk. En slik tilknytning har gjennom historien ført til diskriminering, og er kanskje en av grunnene til at det i folkeopptellingen i 2001 bare var 7% av befolkningen som selv oppgav at de var urfolk (Botasso 2007:12-13). Selverston-Scher (2001:41-42) mener at den ecuadorianske staten fortsatt har et syn på utvikling og modernisering der de ulike urfolksgruppene må tilpasse seg den sosiale og økonomiske kulturen. I Grunnloven fra 1998 ble Ecuador likevel for første gang definert som et multietnisk og flerkulturelt land, og 14 ulike urfolksgrupper ble anerkjent. I tillegg til spansk finnes det syv ulike urfolksspråk i Ecuador (Larrea 2007:13-17). Den kristne tro var den dominerende doktrinen under koloniseringen av Latin-Amerika, og på 16- og 1700 tallet da Quito var et samlingssted for misjonærer som skulle ut i Amazonas, var kirken også regionens største jordeier (Roos og Renterghem 1997:9-10). Fra 60-tallet har en del nye religiøse grupper fra USA etablert seg i landet, og disse har særlig fått oppslutning hos

² URL: <http://www.inec.gov.ec/web/guest/inicio> [Lesedato: 03.08.08].

urbefolkningen i rurale strøk hvor de har drevet mindre utviklingsprosjekter (ibid: 41). Ca. 95% av befolkningen er katolikker (Berget og Mygland 2006:249).

Politisk historie

Den mest dekkende beskrivelsen på Ecuadors politiske historie er mangel på stabilitet. Ecuador består av tre regioner - kysten, fjellregionen og Amazonas-regionen, i tillegg til Galapagos-øyene. Helt siden uavhengigheten har forskjellene mellom Guayaquil, landets største by som ligger på kysten, og hovedstaden Quito høyt oppe i Andesfjellene vært en viktig politisk skillelinje. Jordeierne og den katolske kirken sto sterkt i Quito, mens Guayaquil fikk stor økonomisk betydning som havneby med eksport av jordbruksprodukter. Mens Quito representerte de politisk konservative, var Guayaquil ledet av liberale som ønsket mer frihandel (Roos og Renterghem 1997:12). I løpet av 1800-tallet ble styresmaktene skiftet ut med svært korte mellomrom, og med sterke svingninger fra de mest konservative til de mest liberale. Mellom 1861 og 1875 gjorde Gabriel Garcia Moreno landet om til en fundamentalistisk katolsk stat og døpte den ”Republikken av Jesus hellige hjerte”. Den mest berømte liberale Presidenten fra 1800-tallet var derimot Eloy Alfaro. Han styrte fra 1895 og var blant annet ansvarlig for skille mellom kirke og stat, dannelsen av offentlige skoler og jordreform (ibid:13). Med unntak av perioden 1948-1960 som blir kalt den ”demokratiske parentes” var også 1900-tallet preget av sterk politisk uro. Presidenter, diktatorer og militærjuntaer har hyppig blitt byttet ut, ikke sjeldent gjennom statskupp (ibid:17). Totalt sett har landet hatt 79 ulike presidenter på 178 år.³ Hæren har spilt en viktig politisk rolle i Ecuador. Flere ganger har landet blitt styrt gjennom militærjuntaer, men hæren har også deltatt i statskupp mot sittende presidenter. Selverston-Scher (2001:47-48) mener at hæren ikke har blitt brukt til undertrykking av urbefolkningen på samme måte som i andre latinamerikanske land, og at de som oftest forstås som beskyttere av folket, og ikke av regjeringen.

I 2003 ble Guitérrez valgt til President, etter selv å ha deltatt i statskupp mot presidenten Mahuad (Crandall m fl 2005:136). Guitérrez ble fort upopulær i alle leire, etter helomvending i forhold til en del valgløfter og beskyldninger om at han hadde mottatt støtte til valgkampen fra en tidligere kokainsmugler (ibid:139). Guitérrez regjering hadde fire representanter fra urbefolkningens paraplyorganisasjon, blant dem en kvinne som utenriksminister- imidlertid

³ URL: <http://www.presidencia.gov.ec/modulos.asp?id=28> [Lesedato: 07.07.08].

trakk alle seg i protest (Berget og Mygland 2006:252). Etter bare to år ble Guitérrez avsatt av Kongressen, og måtte søke politisk asyl i Brasil. Da han senere returnerte til Ecuador ble han arrestert (ibid:249). Palacio satt som president i en overgangsperiode på ca. ni måneder, før Correa ble valgt i 2007. Correa representerer det sosialistiske partiet Alianza Pais, og i valgkampen sto det mellom ham og motkandidaten Noboa, av avisene omtalt som Ecuadors rikeste mann. En av Correas valgkampssaker var reform av grunnloven. Forslaget fikk flertall i en folkeavstemning i 2007 og en grunnlovgivende forsamling er nå samlet i Montecristi. Organisasjoner og sivilsamfunn kan legge frem forslag og anbefalinger til forsamlingen, og hvis folket sier ja til det endelige forslaget, vil dette bli den 20. utgaven av Ecuadors grunnlov. Det er likevel langt mellom lov og praksis i Ecuador. Seligson og Recatini (2003:414) mener at landet befinner seg i en ond sirkel der mangel på effektiv styring og en fungerende rettsstat fører til store problemer med korrupsjon. Ecuador ligger nederst i deres sammenlikning av latinamerikanske lands kontroll over korrupsjon, og dette er et problem som undergraver folks tillitt til systemet, forhindrer økonomisk vekst gjennom utenlandske investeringer og forverrer kvaliteten og tilgjengeligheten på goder og tjenester. Til sammen skaper dette enorme utfordringer for Ecuador i forhold til godt styresett (ibid:432).

Ecuador har hatt flere konflikter med sine naboland Peru og Colombia. I 1995 brøt det ut krig med Peru om et grenseområde sør i Ecuador, men krigen varte bare i en måned. I mars 2008 oppsto det en alvorlig diplomatisk krise med Colombia, etter at colombianske soldater hadde krysset Ecuadors grense i en militæraksjon hvor 18 mennesker skal ha blitt drept, deriblant FARC's nestleder (Dagsavisen, 06.03.08). Ecuadors grenseområde med Colombia har i mange år vært preget av narkotikatrafikk, vold og store mengder flyktninger. Siden 1989 har USA drevet anti-narkotika kampanjen "Plan Colombia". Denne består hovedsakelig av økonomisk assistanse, men rundt 75% av pengene er øremerket til militær- og politiaksjoner, og disse foretas både i Colombia og i nabolandene (Crandall m fl 2005:140).

Fattigdom og ulikhet

Ecuador er et lite land med betydelige naturressurser. Landet er verdens ledende eksportør av bananer, og andre eksportprodukter av betydning er blant annet reker, kaffe og kakao (Berget og Mygland 2006:249). I 1967 ble store oljereserver funnet i Amazonas-området, og funnene skjedde samtidig med den globale prisøkningen på olje (Roos og Renterghem 1997:18). Dette har ført til en konflikt mellom hensynet til miljøet og befolkningen i regnskogen, og de store

økonomiske interessene av utvinning her. Tiltross for naturressursene er Ecuador et av de fattigste landene i Latin-Amerika med en BNP på 4341 dollar pr innbygger (UNDP 2008).

Ifølge det nasjonale statistikkbyrået INEC levde 38.3% av befolkningen i fattigdom i 2006, og 12.8% i ekstrem fattigdom.⁴ Arbeidsutvandringen økte særlig i forbindelse med den økonomiske krisa i 1999, og man regner med at rundt 700 000 ecuadorianere emigrerte mellom 1998 og 2004, særlig til Europa og USA. Penger fra ecuadorianere i utlandet er den største kilden til utenlandsk valuta etter oljeinntektene, man regner med at de utgjør ca. 1,5 milliarder dollar i året (Crandall m fl 2005:134). I 2000 ble den nasjonale valutaen Sucre byttet ut med amerikanske dollar. Formålet med ”dollarisering” var å stabilisere økonomien, men effektene er omstridte og kritikken går blant annet på høy inflasjon, økning i matvareprisene og dårligere konkurranseevne internasjonalt for lokal produksjon (ibid:135).

Ecuador hadde i 2005 en utenlandsgjelda på 17.2 milliarder dollar.⁵ Gjelda stammer fra 60 og 70- tallets importssubstitusjons politikk som innebar proteksjonisme og lån for å bygge opp en nasjonal industri. Strategien gikk ikke som tenkt, og på 80-tallet ble Ecuador som resten av regionen rammet av gjeldskrise, og var nødt til å ta opp nye lån for å tilbakebetale rentene på de gamle(Roos og Renterghem 1997:46-47). Som svar på gjeldskrisen iverksette man strukturalpasningsprogram i regi av IMF og Verdensbanken. Disse inkluderte virkemidler som reduksjon i offentlige utgifter, privatisering, liberalisering av markeder og devaluering av valuta. ”SAPRI-rapporten” (SAPRI: 2004) er en uavhengig undersøkelse av programmenes virkning på samfunnsutviklingen i syv land, deriblant Ecuador. Den konkluderer med at manglende demokratisk kontroll over økonomiske forhold er problematisk, og at leveforholdene til folk flest ble forverret under disse programmene. Størstedelen av befolkningen, og særlig de fattige, har lidd under dårligere standard på helse og utdanningstilbud som følge av budsjettkutt, reformer og tiltak for å begrense statens rolle i sosiale tjenester (ibid:190). Dette vises tydelig i Ecuador, som nådde sitt laveste nivå for satsing på helse i 1983, da bare 0,6% av BNP gikk til dette formålet. Rapporten kritiserer også for overdreven fokus på de urbane delene av befolkningen, i og med at nesten halvparten av ressursene ble brukt på sykehus i urbane områder (ibid:180). Nedbetaling av utenlandsgjeld ble prioritert fremfor nasjonale investeringer. Devalueringen av valutaen i forhold til dollar hadde en spesielt negativ effekt på helse, siden det meste av medisiner og medisinsk utstyr

⁴ Folleto de Pobreza y Desigualdad. URL:

http://www.inec.gov.ec/web/guest/publicaciones/anuarios/inv_soc/con_vid [Lesedato:12.05.08].

⁵ URL: http://www.iadb.org/countries/indicators.cfm?id_country=EC&language=English [Lesedato:12.05.08].

måtte importeres (ibid:182). Undersøkelsen viser også hvordan innføringen av egenbetaling hadde en negativ effekt på de fattige ved at flere tok til takke med selvmedisinering, ventet lenger før de oppsøkte hjelp eller avsluttet kostbare behandlinger før tida (ibid:187). Rapporten slår fast at landenes ulike programmer for desentralisering ikke ble fulgt opp av nødvendige ressurser (ibid:184).

Ulikhetene i befolkningen er enorme. I 2006 konsumerte den rikeste befolkningsgruppen 18.1 ganger så mye som den fattigste befolkningsgruppen, og dette tallet har økt siden 1995.⁶ Også når det gjelder helse er det store kontraster. Ifølge Bortman (2003:297) er befolkningen polarisert, slik at landet på samme tid har helseproblemer som er typiske for i-land (som overvekt) og u-land (som underernæring). De fattige har dårligere tilgang til helse. Noen foretrekker fortsatt tradisjonell medisin som besøk hos sjamanen eller besøk av en fødselshjelper i stedet for vestlig medisin. Selv offentlige helsetjenester kan være for dyre for de fattige, og diskriminering forekommer. Helsetilbudet er betraktelig dårligere og vanskeligere tilgjengelig i de rurale områdene, hele 9 av 10 leger jobber i urbane strøk (Hermida m fl 2005:3). Til sammen står hele 30% av befolkningen uten tilgang til grunnleggende helsetjenester, ifølge Bortman (2003:293).

1.3 Forskningsdesign og metode

Designet for oppgaven er et enkeltcase-studie med feltarbeid som metode og kvalitative intervjuer som det viktigste datamateriale. Mitt case er altså iverksetting av ”Lov om gratis morskap og helsestell for barna” (LMGYAI) i Ecuador, med særlig fokus på Manabi. Case-studier innebærer alltid sammenlikning i en eller annen forstand. Gerring (2004:341) definerer et case som ”et intensivt studie av en enkelt enhet med det formål å forstå en større gruppe (liknende) enheter”. Casestudiets datainnsamling er typisk mindre formalisert og kodifisert enn i kvantitativ metode, og bygger ofte på nærhet til aktører og begivenheter, detaljer og innlevelse mener Andersen (1997:38). Det er likevel feil å oppfatte et case som noe ”unik”, siden et case nødvendigvis må være ”et case av noe” og er på den måten alltid en hypotese (ibid:53). Landman (2003:34) kategoriserer ulike typer case etter hva slags sammenliknende funksjon de har. De kan gi en kontekstuell beskrivelse, være med å utvikle nye begreper, generere hypoteser, bekrefte eller avkrefte hypoteser og forklare avvikende case. Mitt case har

⁶ *Folleto de Pobreza y Desigualdad*. URL: http://www.inec.gov.ec/web/guest/publicaciones/anuarios/inv_soc/con_vid [Lesedato 07.07.08].

ikke som formål å teste hypoteser eller danne nye begreper, men heller å gi en kontekstuell beskrivelse av hvordan HRBA fungerer som metode for å sikre utvikling og rettigheter i praksis. Det er derfor et teoretisk fortolkende case.

Caset kan sees i en større sammenheng, som et forsøk på å oppfylle kvinners rett til helse globalt. Men det er mest naturlig å sammenlikne med andre land i Latin-Amerika, som når det gjelder styresett, levestandard og kultur har mye til felles. Ifølge Levine m fl (2001:9) står de latinamerikanske landene foran en trippel utfordring når det gjelder helse – en uferdig agenda når det gjelder reproduktiv helse, nye smittsomme sykdommer som HIV/AIDS og i tillegg kroniske og arvelige sykdommer. Hun mener det er avgjørende både for helsereformene og fattigdomsbekjempelsen i disse landene at de integrerer et kjønnsperspektiv (ibid:10). Caset kan også sees som et eksempel på en studie av hvordan menneskerettigheter og spesielt de reproduktive rettighetene integreres i forståelsen og bekjempelsen av fattigdom. Det er mange og sterke sammenhenger mellom fattigdom og reproduktiv helse i Latin Amerika.

Mødredødelighet er et stort fattigdomsproblem i de latinamerikanske landene, selv om den har blitt redusert de siste årene. I gjennomsnitt hadde landene i Latin Amerika en mødredødelighet på 82.8 pr 100 000 levende fødte ved siste måling (OPS/WHO 2007), et betraktelig høyere nivå enn Canadas 5.9. Ecuador plasserte seg nær dette gjennomsnittet med en mødredødelighet på 85, men under gjennomsnittet for Andes-regionen på 112.3. Det er en sterk sammenheng mellom mødredødelighet og fattigdom. Jernmangel antas å medvirke til minst halvparten av dødsfallene, og er vanligst hos fattige kvinner (Levine m fl 2001:18). Underernæring, hemmet vekst og fødsler i lav alder er fattigdomsproblemer som øker sjansen for komplikasjoner under fødselen (UNFPA 2005:35). Helsesjekk før fødselen er mindre vanlig for fattige kvinner, og både antall barn og uønskede graviditeter har sterk sammenheng med økonomisk status. Bruken av prevensjonsmidler er fortsatt relativt lav hos ungdom. Abort er ulovlig med noen unntak, og selv om tallene er usikre regner man med at 1 av 5 mødre som dør i forbindelser med fødsler i regionen har fått utført en ulovlig abort, og 40% av de som har hatt usikre aborter opplever komplikasjoner (Levine m fl 2001:22). Keisersnitt benyttes oftere enn nødvendig, som er uheldig fordi det er mer risikofylt enn vanlige fødsler. Antall tilfeller av livmorhalskreft er høyest i verden, og spredningen av HIV/AIDS forsterker bare viktigheten av reproduktiv helse. Vold mot kvinner viser de skjeve maktforholdene mellom kjønnene, og kan blant annet bidra til økt spredning av HIV/AIDS hos kvinner (ibid:36). Håndteringen av disse problemene er utvilsomt av stor betydning for samfunnsutviklingen i de latinamerikanske landene.

Manabi

Jeg valgte å skrive om LMGYAI i Ecuador fordi det er et helt spesielt statlig initiativ for å gjøre noe med kvinners reproduktive rettigheter. Det er flere grunner til at jeg valgte å fokusere spesielt på Manabi. De sosiale ulikhetene i den ecuadorianske befolkningen er store, og forklares i stor grad av variabler som kjønn, etnisitet og bosted. De tre regionene i landet - Amazonas, fjellregionen og kysten - er som ulike verdener når det gjelder alt fra kultur til levekår. Mitt inntrykk etter å ha lest gjennom en del litteratur om Ecuador er at en stor del av den forskningen som er gjort omhandler fjellregionen - og ofte urbefolkningen her. Det var svært lite stoff om kysten av Ecuador, hvor Manabi ligger. Dette, kombinert med egne erfaringer fra fattigdommen på kysten gjorde meg spesielt interessert i området.

Fattigdom er utbredt i alle de tre regionene, men tar ulik form og rammer bestemte grupper av befolkningen. I regnskogen forverres fattigdommen av at offentlige tjenester og andre service-tilbud sjelden er tilgjengelig nær der folk bor. Men avstand og transport er også store problemer for folk som bor i rurale områder på fjellet eller kysten. Dette er i aller høyeste grad tilfelle i Manabi som geografisk sett er en stor provins, med en stor andel av befolkningen bosatt i rurale områder. Både boforhold og ernæring er fattigdomsproblemer i Manabi, som ellers på kysten.

Det er en sterk sammenheng mellom etnisitet og fattigdom i Ecuador, og et viktig spørsmål for offentlige helsetjenester vil derfor være de spesielle utfordringene man møter på ovenfor disse gruppene. Likevel har jeg valgt å skrive om en provins hvor bare 1% av befolkningen er etniske minoriteter (CEPAR 2005:70). Dette er ikke fordi problemstillingene rundt etnisitet er mindre viktige, men fordi utfordringene blir av en annen art når brukerne kan ha kulturelle innvendinger mot å benytte helsetilbudet. For mesteparten av befolkningen i Manabi derimot, har jeg grunn til å tro at tilbudet er både kulturelt akseptabelt, ønskelig og nødvendig. Etterspørselen etter offentlige helsetjenester kan forventes å være stor, pga fattigdomsproblemene som utelukker bruk av private tjenester. Og i den grad brukerne opplever at de ikke får det de har krav på, så har det andre forklaringer enn etnisk bakgrunn. Jeg vet også at LMGYAI bare i begrenset grad har blitt gjennomført i Manabi, og at iverksetting av lover kan være ekstra utfordrende i en slik stor og rural provins.

Ifølge Gerring (2004:343) kan et case ha sammenliknende elementer mellom ulike enheter, innad i enheten, over tid eller i samme tidsperiode. Tidsmessig er det mest interessant for meg å se hvilke endringer som har skjedd siden loven fra 1998 ble innført, men også de endringene som kan ha skjedd etter opprettelsen av brukerkomiteer lokalt. Geografisk vil jeg plassere Manabi i en nasjonal sammenheng, men jeg ønsker også et komparativ aspekt ved utvelgelsen av steder innad i Manabi. Jeg ønsket å besøke kantoner eller provinser med fungerende brukerkomiteer av to grunner. For det første fordi det er nettopp brukerkomiteenes arbeid som lettest kan gi meg innsikt i gjennomføringen av loven lokalt, og for det andre fordi loven i liten grad kan forventes å være gjennomført i kantoner som mangler brukerkomiteer. For å se på hva som faktisk er gjort for å fremme loven i Manabi, ønsket jeg derfor å inkludere så mange kantoner og bydeler med brukerkomiteer som mulig. Jeg hadde begrenset tid til rådighet, men fikk likevel intervjuet representanter fra brukerkomiteene i 5 av de 8 kantonene i Manabi som hadde dette. I tillegg intervjuet jeg representanter fra 4 ulike bydeler i provinshovedstaden Portoviejo, noe som til sammen gav et godt utvalg fra Manabi.

En annen viktig grunn til å velge Manabi var at FNs befolkningsfond, som er en viktig støttespiller for iverksetting av LMGYAI, har et kontor i provinsen. UNFPA har en koordinerende rolle for iverksettingsarbeidet lokalt, og muligheten for å besøke deres kontor var derfor viktig for datasinnsamlingen. Det er FN-organene som i størst grad har integrert en rettighetsbasert tilnærming til utvikling i sitt arbeid, og jeg vil undersøke om iverksettingen av LMGYAI virkelig foregår etter HRBA-prinsipper. Det finnes foreløpig ikke så mye empirisk forskning på HRBA-teori i praksis, noe som gjør dette til et interessant case.

Kilder

Før avreise fant jeg en del nyttige rapporter, statistikk etc. på internett, men størsteparten av datainnsamlingen foregikk i felten. De primære kildene i oppgaven er de ca. 30 intervjuene jeg gjorde i Quito og i Manabi. I tillegg benyttes sekundære kilder samlet inn både hjemme og i Ecuador. Noen av de mest relevante kildene ville jeg ikke fått tak i uten selv å besøke biblioteker i Ecuador, eller hvis jeg ikke hadde kunnet spansk.

Bibliotekene til *FLACSO*⁷ og til Det nasjonale kvinnerådet kom godt med, og NGO'en *Grupo Faro* har laget flere rapporter om iverksetting av LMGYAI. Det finnes en nasjonal statistisk database kalt *Siise* som er tilgjengelig på internett. I tillegg har man NGO'en *CEPAR*, som har laget en landsdekkende undersøkelse av mor-barn helse kalt Endemain. *CEPAR* får ingen statlig støtte, men ifølge informanten herfra blir Endemain også brukt av Helsedepartementet som mangler tilsvarende data. Det finnes mye informasjon om befolkningens reproduktive helse, men dataene er ikke alltid disagregert etter for eksempel etnisitet og kanton, og enkelte temaer som abort er vanskelig å finne noe om. León, adm. direktør for Direktoratet for LMGYAI, mener det hovedsakelig er iverksettingen av loven man mangler data om. Det er for eksempel svært usikkert hvor stor del av brukerne som betaler for helsetjenester som skulle vært gratis. Med noen unntak gikk det overraskende lett å få intervjuavtaler med relevante informanter. I Quito intervjuet jeg Direktoratet for LMGYAI, Det nasjonale kvinnerådet, Det nasjonale helserådet, WHO, UNFPA og flere andre organisasjoner og enkeltpersoner. I Manabi var intervjuene med brukerkomiteene viktigst, men jeg intervjuet også UNFPA, ordførerens representant for Administrasjonskomiteen og en rekke organisasjoner.

Det er mange ting som må forberedes før et feltarbeid. For meg var det en fordel at jeg allerede kjente landet, språket og kulturen. Det store kultursjokket uteble, og jeg hadde heller ingen store praktiske problemer. Visum er ikke nødvendig, og det er stort sett ufarlig å reise alene selv om dette anses som noe ”kvinner ikke gjør”. Pga. høy kriminalitet må man likevel ta noen forholdsregler, som kopiering av alle viktige dokumenter i tilfelle de blir stjålet – det ble de. Jeg hadde en måned til rådighet, og var halve tiden i Quito og halve tiden i Manabi. Generelt ble alt litt mer utfordrende da jeg kom til Manabi. Her var det vanskeligere å nå informantene, dialekten var vanskeligere å forstå, tidsbegrepet var mer relativt og transport kan være vanskelig fordi regntida gjør veiene ufremkommelige. Jeg droppet stort sett å bruke diktafonen som jeg hadde brukt i Quito, blant annet pga støyende omgivelser.

Før avreise hadde jeg funnet mye informasjon om aktuelle intervjuobjekter og noen få avtaler var allerede i boks. Jeg hadde laget to intervjuguider, men disse ble tilpasset hver enkelt informant og endret seg også noe underveis. Intervjuene var altså seminstrukturerte, som ifølge Mikkelsen (1995:102) er en samtalende intervjuform med en viss struktur. Mer

⁷ Latinamerikansk senter for samfunnsforskning.

strukturert enn en vanlig samtale, men mer fleksibel enn intervjuer hvor alle spørsmål og svaralternativer er nøyaktig formulert. Fleksibilitet er i det hele tatt et viktig stikkord for feltarbeid, både i forhold til avtaler og til intervjusituasjonen. Jeg er glad for at jeg ikke var avhengig av tolk, som ville gjort det mer komplisert å få til avtaler. Ideelt sett skal man transkribere og bearbeide hvert intervju før man gjør det neste, men dette var ikke mulig i praksis da jeg plutselig kunne få tre intervjuer på samme dag.

Validitet og reliabilitet

Hellevik (2002:102) forklarer kravet om validitet og reliabilitet i forskning som det å finne henholdsvis mest mulig relevante og pålitelige data. Hvilke kilder som er tilgjengelige og som jeg klarer å få tak i er derfor et spørsmål om validitet. Yin (2003:98) mener at noe av det viktigste man kan gjøre for å styrke validiteten i et casestudie er såkalt triangulering - enten av data, teori, metode eller mellom forskere. Jeg bruker ulike kilder for å belyse ulike aspekter ved temaet, noe Yin kaller "lower portion" triangulering. Jeg ønsket å intervju personer med spesielt god kunnskap om LMGYAI, men for å få triangulering i materialet og valide resultater er det avgjørende hvordan man plukker ut informantene. I tråd med HRBA var det viktig å finne representanter både for de med rettigheter og de med forpliktelser. Jonsson (2003:54) mener det er nødvendig å analysere ulike aktørers manglende evne til å stille krav, men også aktørers manglende evne til å leve opp til forpliktelser. Til sammen utgjør dette hva han kaller "capacity gaps", i forhold til å leve opp til internasjonale menneskerettighetsforpliktelser. Tiden var den største begrensningen for meg, og jeg skulle gjerne hatt muligheten til å intervju flere ansvarlige aktører i Manabi, som helsepersonell og myndighetspersoner. Jeg fikk imidlertid intervjuet en representant fra Administrasjonskomiteen i Portoviejo, og på nasjonalt nivå intervjuet jeg Direktoratet for loven. Jeg har noen nøkkelinformanter, som de i UNFPA og WHO, mens kvinnene i brukerkomiteene er representative. Jeg har riktignok ikke noe representativt utvalg av vanlige kvinner jeg har møtt i sykehuskorridorene, men kvinnene i komiteene er som regel selv brukere av offentlige helsetjenester og har spesielt gode kunnskaper og innsikt i temaet. De fleste intervjuene var individuelle, men jeg hadde også noen gruppeintervjuer, som er fint for å få til diskusjon rundt spørsmålene. Det var også viktig å sammenlikne synspunktene fra Quito og Manabi.

Det er mange ting å ta hensyn til i et intervju for å sikre datas reliabilitet. Tilsynelatende trivielle ting som hvordan spørsmål er formulert, nøyaktighet og det å unngå at respondenten

kjeder seg i hjel, må ikke undervurderes mener Mikkelsen (1995:161). Som Rubin og Rubin (2005) er inne på, er det viktig for intervjueren å ha satt seg godt inn i stoffet, vise genuin interesse og spørre om ting som informanten faktisk har forutsetninger til å svare på.

De fleste informantene var både åpne og interesserte i å fortelle om arbeidet sitt, og pga utvelgelsen av informanter var det ikke noe problem med manglende interesse eller kunnskap om temaet. Det kan være lurt å vente med sensitive temaer som abort og religion til et stykke ut i intervjuet, eller å la informantene selv tar det opp. Jeg opplevde det likevel helt uproblematisk og spørre om et så sensitivt spørsmål som reproduktiv helse kan være.

Et avgjørende kriterium for reliabiliteten av data er at det som sies er troverdig. Informanter kan av og til gi ulike svar, og man må da vurdere hvorfor de kan ha ulike perspektiver.

Troverdighet må også vurderes etter hvorvidt informanten har førstehåndskunnskap om saken, og om det er kunnskap basert på erfaring. Man bør unngå å spørre rett ut om ”bevis” på påstander, men heller stille kritiske oppfølgingsspørsmål (Rubin og Rubin 2005: ibid:170).

Oppfølgingsspørsmål er spesielt viktig i to tilfeller - ved helt sentrale temaer og ved svar som er uklare eller uventede (ibid:136). Selv om jeg hadde vurdert det sånn at jeg ikke trengte noen tolk til intervjuene, så var selvsagt språket en ekstra utfordring. Det var derfor ekstra viktig for meg med bekreftende og utdypende spørsmål til uklare svar. Svarene bør være detaljrike og ha dybde. Man bør ikke nøye seg med ”formelle” svar der informanten bare forteller det som forventes av han/henne, og det er viktig at både positive og negative sider av samme sak blir diskutert (ibid:131). Selv om jeg må ta høyde for at informantene kan ha unnlatt å fortelle meg enkelte ting, så opplevde jeg ikke troverdigheten av det som ble sagt som et problem for mine funn. Spørsmålene jeg stilte var ikke spesielt konfronterende, og informantene hadde derfor neppe lite å ”skjule”. Det var heller ingen store avvik i dataene, selv om jeg intervjuet svært forskjellige aktører. Ingen av informantene ba om å være anonyme.

1.4 Disposisjon

Videre i oppgaven skal jeg gjennomgå ulike teoretiske perspektiver som kan belyse problemstillingen. Kapittel 2 tar for seg ulike utviklingsteorier, og hvordan disse etter hvert har inkludert både kvinnesak og menneskerettigheter. Jeg utdyper hva reproduktive rettigheter er og hvordan disse kan integreres i HRBA-teori. Teorikapitlet avsluttes med en operasjonalisering av problemstillingen.

I kapitel 3 diskuterer jeg det første forskningsspørsmålet. Her ser jeg både på den historiske kampen for kvinners rettigheter i Ecuador, og dagens situasjon i lys av internasjonale menneskerettigheter. Jeg ønsker å finne ut hvordan LMGYAI ble utformet, hvordan den fungerer og hvilke muligheter og begrensinger som ligger i den. Er loven i tråd med menneskerettighetene, og i hvilke grad kan den styrke kvinners reproduktive rettigheter? I kapitel 4 svarer jeg på det andre forskningsspørsmålet, om iverksetting av LMGYAI i Manabi. Jeg ønsker å analysere rollene til de ulike aktørene som er involvert i iverksettingen av loven lokalt, med spesielt fokus på brukerkomiteene. Hva har man oppnådd, og hva er de viktigste utfordringene? Jeg ønsker å svare på om iverksettingen skjer i samsvar med HRBAs prinsipper, og om loven har bidratt til bemyndigelse av kvinner i Manabi.

I konklusjonen oppsummerer jeg funnene i oppgaven, og kommer med noen avsluttende kommentarer.

Kapitel 2- Teoretiske perspektiver

I dette kapitlet skal jeg svare på hva som gjør den rettighetsbaserte tilnærmingen til utvikling annerledes enn tidligere utviklingsteorier. Chambers (sitert i Thomas 2000:23) definisjon på utvikling som ”positiv endring” illustrerer både det opplagte og det kontroversielle ved utviklingsdebatten. Siden bistandsindustrien blomstret opp etter 2. verdenskrig, og utvikling ble et eget akademisk felt, har ulike skoleretninger dominert utviklingsdebatten (Bull 2006:30). Moderniseringsteori satset på industrialisering og urbanisering, gjennom det Rostow kalte en utviklingsstige med ”high mass consumption” som endelig mål (ibid:31). Denne teorien har særlig blitt kritisert for sitt fokus på utvikling ovenfra, og sin antagelse om at utviklingen gjennom en ”trickle-down effect” til syvende og sist ville gagne alle. Som en protest kom avhengighetsteori som mente at de fattige landene ikke kunne oppnå utvikling uten først å oppnå rettferdighet i det internasjonale kapitalistiske systemet, og Prebisch tese om en verden delt i sentrale og perifere økonomier. Inspirert av avhengighetsteori forsøkte en del fattige land seg på proteksjonisme i form av importsubstituerende industri, men manglende resultater førte til nye lån for de fattige landene og gjeldskrise på 80-tallet (ibid:34). I den påfølgende ny-liberale perioden ble u-landene beskyldt for å overdreven statlig intervensjon, og Verdensbankens strukturaljusteringsprogram ble satt i gang for å redde deres økonomi (ibid:40). Programmene hadde imidlertid negative effekter for de fattige, og manglende resultater gjorde at Verdensbanken heller begynte å fokusere på den styringskrisen som man mente kjennetegnet de fattige landene, i form av liten kapasitet, effektivitet, gjennomsiktighet etc (Törnquist 1999:98). I kontrast til et slikt fokus på styrking av institusjonene, kom de som vektla dannelsen av sosiale bevegelser, organisering av det sivile samfunn og sosial kapital. Det finnes også teoretikere som nærmest forkaster hele utviklingsprosjektet, og som mener bistandsindustrien bare er Vestens måte å holde de fattige landene nede på. Uvin (2004:54) er talsperson for HRBA og deler en slik kritisk holdning. Etter flere tiår med internasjonal utviklingshjelp har man reddet liv, men oppnådd svært lite når det gjelder strukturelle endringer, mener han. Spørsmålet er om HRBA virkelig kan gi bedre svar på disse problemene enn tidligere teorier?

Hvordan man fremmer utvikling avhenger også av hvordan man definerer fattigdom. Den vanligste definisjonen på fattigdom i dagligtalen er mangel på økonomiske ressurser. To av de vanligste fattigdomsmålne er nettopp økonomiske – BNP som måler gjennomsnittlig

velstand i et land og Verdensbankens fattigdomsgrense på 1 dollar dagen justert for kjøpekraft. Et annet mye brukt mål er FNs Human Development Index, som også tar helse og utdanning med i beregningen (Thomas og Allen 2000:16). Det går dessuten et viktig skille mellom absolutt og relativ fattigdom. Haan (sitert i Thomas 2000:14) representerer den siste når han definerer fattigdom som sosial eksklusjon, med den begrunnelse at fattigdom er et mangesidet problem med ulike årsaker som antas å forsterke hverandre, og at en fattigdomsdefinisjon derfor må ta hensyn til de prosesser, mekanismer og institusjoner som ekskluderer mennesker. Ellen Wratten (sitert i Banik 2006:11) kaller dette for en deltakende tilnærming til fattigdom, i motsetning til den konvensjonelle. Mens konvensjonelle tilnærminger måler inntekt, sosiale indikatorer eller absolutt fattigdom, benytter de deltakende begreper som sårbarhet, rettigheter og friheter. Den personen som har hatt størst innflytelse med sitt fokus på rettigheter og friheter som utvikling, er økonomen Amartya Sen. Han definerer utvikling som ”utvidelse av substansiell frihet for individet til å etterstrebe det livet han eller hun har grunn til å verdsette” (sitert i Bull 2006:47). Sen (1999:4) mener at den substansielle friheten hos individet kan trues av tre ting: økonomisk fattigdom, mangel på sosiale tjenester og mangel på sivile og politiske rettigheter. Fattigdom er mangelen på substansiell frihet, eller manglende evne til å leve et liv man har grunn til å verdsette (ibid:87). Sen har inspirert utviklingen av HRBA-teori, og det er i tråd med slik teori at jeg i denne oppgaven ser på styrking av kvinners reproduktive rettigheter som en strategi for fattigdomsbekjempelse. Tilslutt i kapitlet vil jeg komme med en operasjonalisering av problemstillingen.

2.1 Rettighetsbasert utviklingsteori

Det er ikke spesielt grensesprengende å nevne utvikling og menneskerettigheter i samme åndedrag, men det er en aldri så liten revolusjon å endre verdens innsats for utvikling i de fattige landene til å ha menneskerettigheter som formål, metode og evalueringskriterium. Det er dette rettighetsbasert utviklingsteori (HRBA) vil - at oppfyllelse av menneskerettighetene skal være det overordnede målet for all utvikling, og at prosessen for å få til utvikling skal være basert på menneskerettslige normer. Tradisjonelt har menneskerettighetsaktivister og bistandsarbeidere jobbet hver for seg, med atskilte mål og metoder. Å få til et integrert samarbeid mellom dem vil ifølge Hansen og Sano (2006:37) gi økt verdi av utviklingsarbeidet, og ifølge Eide (2006:236) føre til en verdiendring for utviklingsarbeidet.

Helt siden FN-systemet og internasjonal menneskerettighetslovgivning vokste frem i perioden etter 2. verdenskrig, har menneskerettigheter og utvikling blitt sett i sammenheng. Likevel var det først på andre halvdel av 90-tallet at rettighetsbasert utvikling fikk noe særlig oppmerksomhet (Eide 2006:250). Den kalde krigen sinket det internasjonale samarbeidet og skapte konflikt mellom såkalte 1. og 2. generasjons menneskerettigheter. Den påfølgende ny-liberale perioden med Washington-konsensus og strukturaljusteringsprogram møtte mye motstand, og førte til at UNICEF tok til orde for ”adjustment with a human face”. I 1990 introduserte UNDP så begrepet menneskelig utvikling, sterkt inspirert av blant annet Sen (ibid:235). Begrepet uttrykte et ønske om mer deltakende og demokratisk utvikling, som skulle skje for, med og gjennom folket. Man var kritiske til det tidligere ensidig økonomiske fokuset.inntekt kunne bidra til menneskelig utvikling - men helse, utdanning, miljø og frihet var like viktig (Andreassen 2006:305-306). Forskjellen mellom ”menneskelig utvikling” og HRBA er hovedsakelig metoden for å oppnå endringer. Målsetningen om å dekke grunnleggende menneskelige behov er den samme, men HRBA krever at dette må skje ved å styrke individer og gruppers menneskerettigheter. For å ta helse som eksempel, så er ikke formålet med utviklingsarbeid å dekke befolkningens grunnleggende helsebehov, men å sikre deres rettigheter til helse. Det mest grunnleggende prisnippet for HRBA er dermed ikke et ønske om å gi bistand, men å gjøre folk i stand til å stille krav.

HRBA ønsker å gjøre tidligere passive mottakerne av utviklingshjelp om til aktive aktører som kjemper for og krever sine rettigheter. Dette betyr at menneskerettigheter ikke bare er målet for utvikling, men at rettighetene også kan brukes som en metode eller et verktøy for å fremme utvikling. Dette er i tråd med art. 1 av ”Erklæringen om retten til utvikling” der det står at individet skal være aktiv deltaker i og nyte godt av resultatene fra utviklingen (Eide 2006:237). Et slik fokus på individets deltakelse gir en demokratisk legitimitet til prosessen, samtidig som individene sees som strategiske partnere for å få til sosiale endringer (Thomas 2000:35). Det er dermed snakk om endringer som skjer både innenfra (for individet) og nedenfra (for de fattige) i et samfunn. Målet med HRBA er bemyndigelse, som ifølge Thomas (ibid) er en prosess der individer, ofte forstått som de fattigste av de fattige, kan ta kontroll over sine egne liv og bli den viktigste aktøren for egen utvikling. På samfunnsnivå betyr dette redistribuering av makt og transformering av institusjoner. HRBA anerkjenner behovet for nødhjelp og teknisk støtte i krisesituasjoner, men dette er noe annet enn utviklingsarbeid som søker å få til varige endringer på lengre sikt. Rettighetsbasert utvikling krever endringer som skjer etter demokratiske prinsipper, med lokal forankring, deltakelse og kontroll. Derfor skal

man kunne forvente en bærekraftighet i prosjektene som tradisjonell bistand ikke alltid har hatt. Uvin (2004:123) understreker at utviklingsprosesser kan bidra til å styrke lokal kunnskap, ressurser og nettverk, men de kan også ignorere og dermed undergrave dem. I så fall er resultatet økt fattigdom, selv om gruppen det gjelder kanskje har fått økt mattilførsel eller annen midlertidig hjelp.

Utvikling i tråd med HRBA skal ikke handle om veldedighet, men om rettferdighet nasjonalt og internasjonalt mener Andreassen (2006:314). HRBA ønsker å ta tak i de bakenforliggende strukturelle årsakene til fattigdomsproblemer, og tvinge utviklingsaktører til å engasjere seg i de vanskelige politiske spørsmålene. De fleste utviklingsaktører jobber gjennom et prinsipp om politisk uavhengighet, som er helt nødvendig for deres arbeid. Uvin (2004:135) kritiserer likevel oppfatningen om utviklingshjelp som noe teknisk og apolitisk. Han mener dette er et falskt premiss, for hvis man skal få til endring er det helt nødvendig å identifisere de grunnleggende årsakene bak folks sårbarhet, og dernest være villig til å konfrontere dem. Det minste utviklingsaktører kan gjøre er derfor å enes om en praksis der de ikke selv bryter grunnleggende menneskerettigheter, og tar på seg et samfunnsansvar ved å si fra om andres brudd (ibid:147). Ansvarliggjøring er et av de mest grunnleggende prinsippene for HRBA. Det er først og fremst staten som skal ansvarliggjøres, men staten har også ansvar for å hindre at andre aktører begår menneskerettighetsbrudd. Derfor er HRBA ikke bare et verktøy for fattigdomsreduksjon, men også for bekjempelse av fattigdomsproduksjon, mener Banik (2007:1). Ved å bruke HRBA som metode kan man unngå at utviklingsprosesser, politikk og programmer monopoliseres av elitene (ibid).

HRBA handler om å omforme forholdet mellom stat og befolkning, noe som er svært utfordrende men også helt nødvendig i mange fattige land. Forholdet mellom folk og myndigheter er i mange fattige land preget av kolonitida, da befolkning og ressurser ble utnyttet til kolonistenes vinning. Ved å lære folk om deres internasjonalt anerkjente rettigheter kan man gjøre dem bevisste på at rettighetsbrudd verken er naturlig eller uunngåelig, men tvert imot noe som skapes av bevisste beslutninger og politikk (Uvin 2004:130-131). Målet er å få de fattige til å forstå at menneskerettigheter ikke bare betyr beskyttelse fra staten, men også beskyttelse gjennom staten (Eide 2006:242). Dette krever selvsagt en politisk vilje fra statene, men i dag finnes det også et visst press mot land som bryter menneskerettighetene fra det internasjonale samfunnet.

1. og 2. generasjons rettigheter

HRBA bidrar til å gravlegge den gamle debatten om hva som er mest grunnleggende av sivile og politiske rettigheter (1. generasjon) på den enes siden, og økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (2. generasjon) på den andre. Det var under den kalde krigen at debatten ble polarisert. De kommunistiske landene og mange av de fattige landene fremmet 2. generasjonsrettigheter som en del av kampen for en "New International World Order", mens i-landene kun fokuserte på 1. generasjons rettigheter og kritiserte kommunistlandene for å bryte dem (Uvin 2004:38). Etter den kalde krigens slutt roet debatten seg, og i handlingsprogrammet fra Wien-konferansen i 1993 heter det om menneskerettighetene at de er universelle, udelelige, avhengig av hverandre og står i et gjensidig forhold til hverandre (Høstmølingen 2005:13). HRBA ønsker at også det praktiske utviklingsarbeidet skal være basert på likestilling av rettigheter, og erkjennelsen av at rettighetene avhenger av hverandre for å kunne oppfylles.

Tradisjonelt har menneskerettighetsforkjempere jobbet nesten utelukkende med sivile og politiske rettigheter, med den begrunnelse at disse er mer grunnleggende. Argumentet er at hvis man har trosfrihet, ytringsfrihet, forsamlingsfrihet etc. så vil man også kunne kjempe for sine rettigheter på andre områder. Et liknende syn finner vi i demokratiseringsteori. Törnquist (1999:123) argumenterer for at demokratisering må forstås smalt, som fremming og videreutvikling av demokratiet som idé og metode. Innholdet - det praktiske utfallet av demokratiet - er opp til folket selv, og det er dermed et åpent spørsmål om demokratiet også inkluderer gode sosioøkonomisk forhold for befolkningen (ibid). Innvendingen mot dette er at stemmerett gir liten mening hvis man ikke kan lese og skrive, og at disse tingene derfor umulig kan sees atskilt.

Bistandsaktører har på den annen side hatt en tendens til å overdrive de sosioøkonomiske rettighetene. Ifølge HRBA er velferd lite verdt så lenge den ikke er tilstede gjennom rettigheter, og slike rettigheter er umulig uten ansvarliggjøring av myndighetene rettslig og/eller demokratisk. HRBA krever opprettelse av mekanismer for sosial kontroll, enten det er gjennom lovverk, grassrot-deltakelse i politiske prosesser, eller opprettelse av ombudsmenn (Uvin 2004:182). Både kommunistiske og kapitalistiske land kan beskyldes for å overvurdere sosioøkonomiske forhold. Cuba er et interessant eksempel, som i tråd med kommunismen skulle dekke befolkningens mest grunnleggende behov og dermed har fått et helsevesen som er berømt i hele regionen. Samtidig mangler de grunnleggende sivile og politiske rettigheter.

En kapitalistisk variant er den såkalte Lee-hypotesen, oppkalt etter en tidligere statsminister i Singapore, som hevder at det er nødvendig å "ofre" politiske og sivile rettigheter og dermed sikre et effektivt og autoritært styre for å få til rask økonomisk vekst i et land (Sen 1999:15). Sen (1999:16) er uenig med dem begge, når han sier at frihet (som de sivile og politiske rettighetene representerer) er en del av selve målet for utvikling, samtidig som disse rettighetene har instrumentell betydning for utvikling.

HRBA vil ikke godta at målet helliggjør middelet, og menneskerettighetene fungerer dermed som minstestandarder for hva som kan godtas i en utviklingsprosess. Her ligger det også innebygd en kritikk av ny-liberalismen som særlig gjennom strukturtilpasningsprogrammene undervurderte betydningen av sosioøkonomiske forhold. Internasjonalt ble imidlertid betydningen av sosioøkonomiske rettigheter anerkjent allerede gjennom "Erklæringen om retten til utvikling" fra 1986, og bekreftet på Wien-konferansen i 1993 (Sengupta 2006:9). Her defineres utvikling som en menneskerettighet, ikke i form av et spesielt utviklingsnivå men som en *prosess* for "konstant forbedring av levevilkår". Denne prosessen omfatter ikke bare økonomisk vekst, men også sosiale, kulturelle og politiske endringer. Utviklingen må være basert på deltakelse, økonomisk vekst må skje i tråd med menneskerettighetene og godene som oppnås må fordeles. Retten til utvikling har bare blitt forbedret hvis minst en menneskerettighet har blitt styrket uten at noen annen menneskerettighet har blitt svekket. (ibid:11-17). Retten til utvikling er likevel noe annet enn HRBA, for den første er en menneskerettighet og den andre en utviklingsteori.

2.2 Kritikk av rettighetsbasert utviklingsteori

Den mest grunnleggende kritikken av HRBA er den som benekter at menneskerettigheter faktisk er universelle verdier. HRBA blir da ikke en moralsk legitim utviklingsstrategi basert på felles normer, men heller et uttrykk for vestlig dominans og verdi-imperialisme. Debatten har spesielt satt de asiatiske verdiene i et motsetningsforhold til de vestlige, med påstanden om at asiatiske verdier vektlegger blant annet fellesskap og respekt for autoriteter fremfor individualitet og frihet. Ifølge Høstmælingen (2005:19) har denne debatten stilnet. Tiltross for utfordringer i implementeringen av menneskerettigheter, så er rettighetene i dag universelle ved at alle land har underskrevet minst en konvensjon. De to hoved-konvensjonene fra 1966 har blitt ratifisert av mer enn 140 land (ibid). Kritikerne har imidlertid rett i at menneskerettighetene ikke uttrykker verdensbefolkningens demokratiske vilje, men heller en

rettsliggjøring av den nasjonale politikken etter normer som ble definert av et vestlig dominert FN. Men menneskerettighetene har heller ikke ment å være demokratisk utformet, tvert imot skal de være en begrensning på hva nasjonale myndigheter kan gjøre - demokratiske eller ikke. En slik rettsliggjøring av politikken kan begrunnes med at menneskerettighetene kanskje ikke er dominerende verdier i verden i dag, men at de er universelle av natur og derfor ønskelige overalt. Filosofer som Rawls og Nussbaum representerer et slikt syn. De mener at det er visse trekk i den menneskelige natur som alle har til felles uansett bakgrunn, og som muliggjør identifiseringen av visse goder eller behov som alle menneskers nødvendige forutsetning for et godt liv (Uvin 2004:27).

Verdidebatten er spesielt relevant når det er snakk om kvinners rettigheter. Dette er fordi kvinnens rolle i samfunnet og familien ofte sees som grunnleggende trekk ved en kultur, og dermed blir kritikk utenfra avvist med det argument at man vil bevare egne tradisjoner. Temaer som angår kvinners rettigheter i forhold til familieliv og seksualitet har også tradisjonelt blitt ansett som en privatsak heller enn en politisk sak. I Latin-Amerika kan katolisismen av og til være direkte i strid med kvinners reproduktive rettigheter, som når ”Den Hellige Stol” i tråd med Vatikanets doktrine om seksuell avholdenhet proklamerte at de på ingen måte støtter opp om bruk av prevensjonsmidler eller kondomer, verken som et middel for familieplanlegging eller for å forebygge HIV/AIDS (Hellum og Knudsen 2006:67). I Jemen og Iran var imamenes fulle støtte til familieplanlegging avgjørende for at ideen skulle bli legitim i samfunnet og for at fødselstallene sank dramatisk (UNFPA 2005:28). En av hovedsponsorene til reproduktiv helse i Latin Amerika var tidligere USAID, som etter valget i 2001 har trukket tilbake all støtte⁸.

Det som skjer når kvinner blir plassert i midten av utviklingsdiskursen er at kultur begynner å bli lagt merke til, fordi kjønnsrelasjoner ikke kan diskuteres uten å diskutere kultur, mener Bhavnani (2003:4). Det er avgjørende for debatten om man ser på henholdsvis kultur og kjønn som noe foranderlig eller noe som er gitt en gang for alle. Uvin (2004:32) mener at verdidebatten uansett må tas seriøst fordi utviklingsarbeidet i lang tid har vært dominert av vestlige aktører som ikke har tatt innover seg at det de gjør kan være omstridt av kulturelle grunner. Løsningen kan være svak kulturell relativisme, ved at hver enkelt stat vurderer hvilken betydning den lokale kulturelle, religiøse eller historiske konteksten skal ha for

⁸ NGOen CEPAR som lager statistikk over reproduktiv helse i Ecuador mistet også støtten fra USAID fra 2001.

implementeringen av de universelle rettighetene. Problemet med en slik mellomposisjon er hvordan man behandler de sakene der det er vanskelig å inngå et kompromiss- for eksempel finnes det ingen mellomposisjon for dødsstraff, det må enten forbys eller tillates (Uvin 2004:22-30). HRBA krever derfor en viss innblanding i politiske forhold. Uvin (2004:183) understreker at utenlandske eksperter aldri bør styre utviklingen, men at rike land likevel har et moralsk ansvar for å bidra til sosiale endringer i fattige land. HRBA vektlegger derfor at utviklingsprosjekter og programmer skal ha en lokal forankring, med deltakelse og innflytelse fra de det gjelder i alle faser av prosessen. Samtidig fastslår menneskerettighetene at stater ikke kan bruke tradisjon eller religion som begrunnelse for menneskerettighetsbrudd. I de Generelle anbefalingene fra Komiteen for FNs kvinnekonvensjon står det om retten til helse at kvinner ikke kan nektes helsetjenester eller adgang til helsesentre på grunnlag av at de mangler autorisasjon fra ektemenn, partnere, foreldre, fordi de ikke er gift eller fordi de er kvinner (Hellum og Knudsen 2006:68).

En annen kritikk av HRBA går på hvordan man skal gjøre prioriteringer hvis det er sann at alle menneskerettigheter er like viktige og gjensidig avhengig av hverandre. Det kan for eksempel være nødvendig med prioriteringer etter en konflikt, i forhold til langsiktige vs kortsiktige behov, eller prioritering av en gruppes rettigheter vs en annen (Uvin 2004:185). Juridisk finnes det noen retningslinjer for prioritering av rettigheter. I konvensjonene fra 1966 står det at innkrenkelser kan tillates i visse rettigheter under nødssituasjoner, mens enkelte andre rettigheter kan overhodet ikke bli tilsidesatt (ibid:188). Ifølge FNs høykommissær for menneskerettigheter (OHCHR 2004:24) finnes det ikke noen oppskrift på hvordan man skal ta prioriteringer, men det viktige er at alle verdivalg må diskuteres, og alle berørte inkludert de fattige må delta i prosessen. Prioriteringer kan ikke tas på grunnlag av at noen rettigheter er viktigere enn andre, men kan derimot skje av praktiske grunner. Dette kan være å prioritere rettigheter som i svært liten grad er oppfylt, rettigheter som kan fungere som katalysatorer for andre eller rettigheter som et land føler seg spesielt godt rustet til å gjøre noe med (ibid). Som FNs uavhengige ekspert for Retten til utvikling foreslo Sengupta at man designet nasjonale programmer hvor man fokuserte på noen få rettigheter, som en praktisk form for internasjonalt samarbeid om Retten til utvikling i enkeltland (Sengupta 2006:34). Samtidig har staten såkalte kjerneforpliktelser som ikke kan ignoreres, og styrkingen av en rettighet kan aldri forsvare at en annen svekkes, et prinsipp som kalles ”non-retrogression of rights” (OHCHR 2004:25). Selv om alle rettigheter selvsagt ikke kan oppfylles samtidig og umiddelbart, så finnes det altså minstestandarder som utviklingsarbeidet ikke kan bryte med.

Den tredje kritikken av HRBA går på at selv om menneskerettighetene er fagre løfter og universelle normer så mangler det mekanismer nasjonalt eller internasjonalt som sørger for at normene blir overholdt. Det kan for det første sees som problematisk at mange menneskerettigheter kun har form som ”imperfect obligations”, dvs at det ikke er klart definert juridisk hvem som har ansvaret for brudd på rettighetene og hvordan (Sengupta 2006:25). Dette betyr ikke at ingen er ansvarlige. Generelt skiller man mellom statens positive og negative forpliktelser, der de negative handler om hva staten ikke kan gjøre og de positive handler om hva staten bør gjøre. Selv om de positive forpliktelsene betyr at staten må være aktiv, så er det en myte at det alltid er disse som er mest kostbare og vanskelige å gjennomføre. Staten har i forhold til menneskerettighetene generelt en plikt til å *respekttere*, *beskytte* og *fremme* disse (Høstmælingen 2005:82-83). For eksempel må staten respektere retten til helse ved å gi tilgang på helsetjenester til mennesker som er fengslet, siden noe annet ville vært et overgrep. Statene må beskytte folk fra rettighetsbrudd begått av en tredjepart. For eksempel kan staten ikke tillate selskaper å dumpe giftig avfall i drikkevann, og må kanskje sørge for at dette forhindres gjennom lovverket. I tillegg må staten selv være aktiv for å fremme retten til helse, ved for eksempel å drive sykehus eller fremme kunnskap om helse i befolkningen.

Staten skal altså holde både ansatte, organisasjoner og privatpersoner ansvarlige ovenfor menneskerettighetene. Ofte er det nødvendig at de internasjonale normene integreres i nasjonal lovgivning for at de i det hele tatt skal bli juridisk gjeldende. Men det kan også være et alvorlig problem for menneskerettighetenes gyldighet hvis rettsstaten ikke fungerer. Manglende tilgang på rettssystemet for de fattige, manglende kunnskap om menneskerettigheter eller et rettssystem med mye korrupsjon er alle problemer som vil hindre en effektiv gjennomføring av rettighetene, og dette er unektelig et problem i mange fattige land. Men som Uvin (2004:132) sier, menneskerettighetene er mer enn bare positiv lov, og ideen om menneskerettigheter ville ikke slutte å eksistere selv om ingen av forutsetningene var tilstede. Det ligger i menneskerettighetenes kjerne at disse anerkjenner rettigheter til verdens fattige som pr. dags dato ikke er tilstede. Spørsmålet er i hvor stor grad de kan brukes som et pressmiddel ovenfra, og til bemyndigelse nedenfra. Når det gjelder manglende mekanismer for overholdelse av rettighetene, ligger kanskje den største utfordringen i det internasjonale systemet. Eide (2006:253 sjekk) mener det blir vanskelig for i-landene og kreve

en utvikling etter HRBA prinsipper av u-landene, så lenge de selv er med på å opprettholde et internasjonalt økonomisk system som gir dårligere handelsvilkår til de fattige landene. Derfor konkluderer han at utvikling gjennom HRBA både er ønskelig og mulig, men kanskje ikke så sannsynlig. Også andre aktører, som transnasjonale selskaper må ansvarliggjøres hvis det internasjonale systemet skal være i tråd med HRBA. Retten til utvikling har heller ikke hatt noen stor gjennomslagskraft hittil, og bare noen få land har hittil kommet i nærheten av målet om å bruke 0.7% av BNP på utviklingshjelp (Sengupta 2006:32). HRBA krever derfor en viss tro på den såkalte konstruktivismen innen internasjonal politikk, fordi man må være villig til å se på viktigheten av en slik internasjonal utvikling, tiltross for realpolitiske hensyn som kan tenkes å komme i veien.

FNs Tusenårserklæring og de påfølgende tusenårsmålene binder sammen 1. og 2. generasjons rettigheter, og hele fire av de i alt åtte konkrete målsetningene fokuserer på temaer relatert direkte til reproduktiv helse. Alston⁹ (2005:755) har vurdert Tusenårsmålene etter i hvilke grad internasjonale aktører har klart å inkorporere HRBA i dem, og er ikke altfor imponert. Tiltross for at Tusenårserklæringen er basert på HRBA, så er ikke tusenårsmålene det, mener Alston. Han er enig i at det er positivt med konkrete krav som enkelt kan kontrolleres, men mener at målene ikke er tilpasset hvert enkelt land og at det er uheldig med en tidsfrist. For å sikre implementering av menneskerettighetene er det en del tiltak som tar lengre tid å innføre, som kamp mot korrupsjon eller utvikling av rettsstaten (ibid:763). Alston kritiserer også det han mener er et overdrevent fokus på staten, og ikke rollen til de private aktørene. Pogge (sitert i Alston 2005:762) kaller det første av tusenårsmålene – halvering av verdens fattigdom innen 2015 – for en forbrytelse mot menneskeheten, siden den tillater at minst halvparten av verdens fattige vil fortsette å leve i fattigdom. HRBA vil derimot alltid fokusere på de mest marginaliserte og sårbare først, og mener at ikke-diskriminering må gjelde i alle utviklingsprosjekter og ikke er noe som kan vente. Alston's konklusjon på analysen av tusenårsmålene er derfor at utvikling og menneskerettigheter fortsatt ikke er annet enn "to skip som passerer hverandre i mørke". Kritikken tiltross, det er et åpent spørsmål om man vil bruke HRBA som metode for å nå Tusenårsmålene.

⁹ Spesialrådgiver for FNs Høykommissær for menneskerettigheter om Tusenårsmålene.

2.3 Retten til helse

Helse er et eksempel på sosioøkonomiske rettigheter, og selv om det politisk er ulike syn på statens ansvar ovenfor befolkningens helse, så finnes det klare menneskerettslige føringer. Retten til helse er nedfelt i flere konvensjoner, blant annet konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, Kvinnekonvensjon og Erklæringen om menneskerettigheter. Retten til helse betyr ikke at alle har rett til å være friske, men at staten er forpliktet til å tilrettelegge forholdene for individets rett til ”høyeste oppnåelige nivå av fysisk og mental helse” (Cook m fl 2001:42). Helse er svært bredt definert av WHO, som fullstendig fysisk, mental og sosial velvære, ikke bare fravær av sykdom (UNFPA 2005:24). Sentralt for retten til helse er selvbestemmelse i forhold til egen kropp, helse, seksualitet, reproduksjon og muligheten til å selv vurdere om man vil ta medisiner. Artikkel 12 (2) (c) sier at retten til helse inkluderer ”retten til å kontrollere egen helse og kropp, inkludert seksuell og reproduktiv frihet (Hellum og Knudsen 2006:62). Det stilles krav til helsetjenestenes tilgjengelighet, kvalitet og godtakbarhet. Tilgjengelighet betyr både at goder som rent drikkevann, medisiner og sykehus må finnes tilgjengelig, og at sårbare grupper ikke kan diskrimineres i tilgangen på goder. Fysisk avstand, økonomi og manglende informasjon kan svekke befolkningens tilgang på helsetjenester (Cook m fl 2001:43). Godtakbarhet betyr at helsetilbudet ikke må være i strid med individets kultur og levesett. Mange steder i verden oppleves et ensidig fokus på biomedisin som problematisk for de som foretrekker tradisjonell medisin. Retten til helse krever altså at man tar hensyn til kultur, men samtidig gir den alle individer rett til å nyte godt av vitenskapelige fremskritt og moderne medisiner. Som med de andre økonomiske, sosiale og kulturelle rettighetene skal staten ”take appropriate measures, to the maximum of their available resources, to realize the rights progressively” (Uvin 2004:188).

HRBA tar utgangspunkt i at det er en gjensidig sammenheng mellom fattigdom og dårlig helse.¹⁰ Menneskerettighetsdiskursen har mye til felles med ideen om sosial rettferdighet når det gjelder å begrunne prioritering av befolkningens helse, mener Marks (2005:96). Sosial rettferdighetsteori handler om å påpeke og fjerne urettmessige ulikheter i befolkningens tilgang på helse, og spesielt ulikheter mellom fattige og rike. Men HRBA skiller seg fra denne på en grunnleggende måte, fordi HRBA ikke handler om subjektive tolkninger av rettferdighet. Menneskerettighetene er ikke verdier, men internasjonalt forhandlede og

¹⁰ I likhet med blant annet Thomas Pogge og Mary Robinson.

juridisk bindende normer, som legger føringer for hva stater bør og ikke bør gjøre for å fremme retten til helse i befolkningen (ibid:97).

Fra befolkningskontroll til fødselskontroll

Det var FNs internasjonale konferanser i Beijing og Kairo 1994 som virkelig snudde fokuset fra befolkningskontroll til fødselskontroll, ifølge Hewitt og Smyth (2001:137). Det nye fokuset innebar et syn på reproduksjon og seksualitet som spørsmål om menneskerettigheter og sosial rettferdighet. Historisk har det heller vært en tendens til at myndighetene i ulike land kriminaliserte uønsket oppførsel, og senere tilrettela for helse og velferdspolitikken men uten et rettighetsfokus, ifølge Cook m fl (2003:155). På Kairo-konferansen ble begrepet familieplanlegging byttet ut med reproduktiv helse, seksualitet ble anerkjent som et grunnleggende aspekt av menneskelig eksistens og man anerkjente kvinnens fulle ansvar for egne valg (ibid:139). Reproductive rettigheter innebærer både reproduktiv og seksuell helse, men også familieplanlegging som en rettighet. Alle individer og par har rett til fritt og ansvarlig å bestemme antall, hyppighet og tidspunkt for når de vil ha barn, og å ha informasjonen og midler til å gjøre det. Det gis også en rett til å ta beslutninger angående reproduksjon uten diskriminering, tvang, eller vold (UNFPA 2005).

Debatten rundt befolkningens reproduksjon var lenge preget av Malthus, som i 1798 skrev en artikkel kalt "Essay on Population". Artikkelen varslet om de grusomme katastrofene som kom til å inntreffe den dagen verdens befolkningsvekst overgikk den globale matproduksjonen (Sen 1999:205). Inspirert av Malthus oppsto en debatt om hvorvidt jorda var overbefolket. Ny-maltheserne bygger videre på denne ideen og mener at rask befolkningsvekst er et alvorlig problem som vil føre til alt fra fattigdom, økonomisk stagnering, miljøødeleggelser, arbeidsløshet og politisk ustabilitet (Hewitt og Smyth 2000:132). Denne frykten har fått flere lands myndigheter til å gripe inn for å redusere veksten i befolkningen. Det har blitt brukt alt fra tvangsmidler som gjennom Kina's ettbarnspolitikken, til lettere press som i de indiske statene Rajasthan og Haryana hvor personer med flere enn to barn har forbud mot å stemme i lokalvalg (Sen 1999:223). Ifølge Sen (1999:207) har ikke Malthus sine spådommer slått til. Siden Malthus skrev sin artikkel har verdens befolkning blitt seksdoblet, og likevel er både matproduksjon og konsumering per person i dag høyere enn noen gang.

Det motsatte av Malthus sitt perspektiv er den såkalte ”sosiale tilnærmingen” som mener at rask befolkningsvekst ikke er årsaken til økonomiske og sosiale problemer, men heller et symptom. Fattige kvinner får mange barn fordi barna kan hjelpe mødrene, spe på inntekten og fungere som en sikkerhet for foreldrene når de blir gamle (Hewitt og Smyth 2000:134). Denne positive sammenhengen mellom utvikling og lavere fertilitet uttrykkes gjennom slagordet ”development is the best contraception”. Sen (1999:215) peker imidlertid på at det ikke er hvilken som helst slags utvikling som resulterer i synkende fødselsrater, men heller sosial utvikling som er spesielt rettet mot kvinner. En sammenlikning mellom indiske delstater viser at det ikke er de statene med høyest inntektsnivå, men heller de hvor kvinnene har høyere utdanning og eget arbeid, at man har lavere fødselsrater. Utdannelse er avgjørende for bemyndigelse av kvinner, siden det styrker deres evne til å være uavhengige, gir dem kunnskap om verden og øker evnen til medbestemmelse i familien som i samfunnet ellers (ibid:218).

Fra Malthus retorikk der bruk av tvangsmidler mot befolkningen kunne regnes som legitime for å forhindre et større samfunnsproblem, har altså fokuset skiftet over på den individuelle kvinnes rett til selvbestemmelse over egen kropp. Kvinners reproduktive rettigheter er nedskrevet blant annet gjennom den mer generelle Retten til helse og i Kvinnekonvensjonen (CEDAW) fra 1979. Pr. i dag har 185 land underskrevet CEDAW, som forplikter dem til å fjerne diskriminerende lover, tradisjoner og skikker, etablere offentlige institusjoner for dette, og fremme tiltak som beskytter kvinners like rettigheter (UNFPA 2005:23). Konvensjonen forbyr diskriminering spesifikt mot kvinner, og altså ikke kjønnsdiskriminering generelt. Den omhandler kvinnesdiskriminering i forhold til alle typer menneskerettigheter, og inkluderer ikke bare stater men også andre aktører (Byrnes 2002:120). For oppfølging av konvensjonen er det obligatorisk for partene å rapportere til CEDAW-komiteen. Dette skal gjøres hvert fjerde år, men mange land har lange forsinkelser i rapporteringen. Konvensjonen har også en frivillig tilleggsprotokoll som åpner for at kvinner kan fremme individuelle klager. CEDAW-komiteens kommentarer til landrapportene og andre generelle anbefalinger som gis blant annet av Menneskerettighetskomiteen og Komiteen for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter er avgjørende for den praktiske tolkningen av kvinners rettigheter (ibid:121-122).

Reproduktive rettigheter har blitt en del av rettspraksisen i ulike land, og det finnes en rekke kilder til tolkning. Retten til liv har blitt tolket som at staten har et positivt ansvar i å hindre dødsfall, som for eksempel ved mødredødelighet (Cook m fl 2001:28). Retten til frihet og

sikkerhet har blant annet blitt tolket som kvinnens rett til fritt å bestemme graviditet, og den Interamerikanske menneskerettighetsdomstolen har anerkjent helse som nødvendig for sikkerhet (ibid:30). Menneskerettighetskommisjonen uttrykte sterk bekymring for Perus forbud mot abort, selv i tilfeller hvor kvinnene hadde blitt voldtatt, og til tross for at usikre aborter var den største årsaken til mødredødelighet i landet. Dette mente de var et eksempel på ”nedverdiggende og umenneskelig behandling og straff”, i tillegg til kvinnekjønnsdiskriminering siden menn ville kunne søke hjelp ved livstruende situasjoner uten frykt, og uten at deres hjelpere risikerte å bli straffeforfulgt (ibid:32). Kvinnekonvensjonen krever at stater om nødvendig gir gratis helsetjenester til gravide, fødende og de som nettopp har født, samt tilstrekkelig ernæring under graviditeten og perioden man gir morsmelk (ibid:33-34). Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter gir rett til å gifte seg og til å danne familie. Ekteskap skal skje uten tvang, det skal være like rettigheter under ekteskapet og ved eventuell skilsmisse, og det bør være en minstealder for ekteskap. Det siste er også viktig for å hindre risikofylte svangerskap hos mindreårige jenter (ibid:36). Konfidensiell behandling i helsevesenet kan være avgjørende for jenter og kvinner i visse tilfeller. Graviditet utenfor ekteskap kan føre til tap av status både i familien og samfunnet, og enkelte steder kan dette gå så langt som til at æresdrap ikke blir tilstrekkelig forhindret eller straffet (ibid:41). Retten til å søke, motta og gi ut informasjon har blitt tolket som at staten har et positivt ansvar i å sikre folk informasjon av betydning for deres helse (ibid:58). Det har vært flere saker i den europeiske menneskerettighetsdomstolen hvor obligatorisk seksualundervisning på skolen har blitt forsvart, selv om barnas foreldre er imot dette (ibid:60).

Kan fattigdom bekjempes gjennom kvinners reproduktive rettigheter?

De siste årene har det blitt stadig vanligere å fokusere på kvinner i utviklingsarbeid, men begrunnelsen for dette varierer. FNs kvinnekonferanser har satt fokus på kvinner som en diskriminert gruppe, og dette åpner for et fokus på kvinner i utvikling som en slags reaksjon mot historisk urettferdighet og marginalisering. Kvinnefokus har altså en egenverdi, siden deres rettigheter tidligere har blitt forsømt. Men det er også en del aktører som argumenterer med at et kvinnefokus i utviklingsarbeid har instrumentell verdi. Organisasjonen CARE mener at det å hjelpe kvinner er en mer effektiv form for bistand, og at kvinner utgjør en enorm uutnyttet ressurs i de fleste fattige land¹¹. Det er altså et grunnleggende skille mellom å

¹¹ URL: <http://www.care.no/?module=Articles;action=ArticleFolder.publicOpenFolder;ID=319> [Lesedato 02.04.08].

begrunnes kvinnefokus med egenverdi eller nytteverdi, og dette er også relevant for den påfølgende diskusjonen siden betydningen av kvinners reproduktive rettigheter kan diskuteres både på individuelt, familie- og samfunnsnivå.

Historisk blir Boserup regnet som den første representanten for den såkalte ”kvinner i utvikling”- tilnærmingen¹² innen utviklingsteori. Allerede på 70-tallet skrev hun om kvinners usynlighet og ekskludering fra utviklingsarbeidet (Bhavnani 2003:4). Andre kvinnelige utviklingsteoretikere kastet seg på bølgen, og mente at utvikling gjennom modernisering hadde ulik effekt på kvinner og menn, og i verste fall kunne forverre kvinners levekår (Pearson 2000:390). 70-tallets ”kvinner i utvikling”- tilnærming fokuserte hovedsakelig på likestilling mellom kvinner og menn (Bhavnani 2003:4). Senere kom en tilnærming med et bredere fokus, og argumenter om kvinnesak som en mer effektiv måte å fremme utvikling på. Det fantes også en marxistisk-feministisk variant av denne.

Den teorien som dominerer i dag, og som brukes av aktører som Verdensbanken og IMF kalles ”kjønn og utvikling”.¹³ Formålet med denne er å ikke bare integrere kvinner i utvikling, men også å se på muligheten av å endre skjevheter i forholdet mellom kjønnene, og på den måten styrke kvinnens rettigheter (ibid:5). Bruken av ordet *gender* på engelsk (heller enn *sex*) indikerer et syn på kjønn som en kulturell eller sosial konstruksjon, heller enn noe rent biologisk. Kjønn, og forståelsen av kjønn er med på å forme hvem vi er, og hva vi forventer av oss selv og andre - også i sosiale sammenhenger. I et slikt perspektiv blir det også nødvendig å se på de ulike formene for maskulinitet som sosiale konstruksjoner (Pearson 2000:385). Denne kulturrelativistiske tilnærmingen til kjønn er ikke ukontroversiell, noe man så på kvinnekonferansen i Beijing i 1995 da representanter fra enkelte katolske land protesterte nettopp mot ordet *gender* i teksten (ibid:387). Det er nettopp når forståelsen av hva som er kvinnens rolle i livet og i samfunnet blir utfordret, at kvinnesak virkelig blir kontroversielt. Dette kan overføres til kvinners reproduktive rettigheter. Mens mor-barn helse sannsynligvis er en av de minst kontroversielle kvinnesakene man kan fokusere på, så er kvinners rett til å regulere egen reproduksjon enda ikke anerkjent av den katolske kirken. Molyneux (omtalt i Pearson 2000:388) skiller slik mellom kvinners praktiske og strategiske interesser. Styrking av kvinners praktiske interesser handler om å dekke de behovene kvinner har i sine sosiale og aksepterte roller i samfunnet, for eksempel kan det være å hjelpe kvinner

¹² Women in development (WID).

¹³ “Gender and development” (GAD).

med å bygge en brønn. De strategiske interessene er derimot de behovene kvinner identifiserer med utgangspunkt i sin underordnede posisjon i samfunnet. Styrking av kvinners strategiske rettigheter vil dermed skape større likhet mellom kjønnene, og for kvinnens del er det slike endringer som omtales som bemyndigelse. Pearson (2000:400) mener at når kjønsspørsmål nå har blitt en integrert del av alle de viktigste utviklingsaktørens arbeid, så må det sees som en triumf for kvinnesaken. Samtidig mener hun at det er en fare for at en slik mainstreaming av kjønsspørsmål kan føre til en nøytralisering av det som i utgangspunktet var en politisk radikal agenda. Det er nødvendig med et kvinnefokus som utfordrer de dominerende institusjoner og politisk føringer, mener hun.

Bemyndigelse av kvinner

The ability of women to control their own fertility is absolutely fundamental to women's empowerment and equality. When a woman can plan her family, she can plan the rest of her life. When she is healthy, she can be more productive. And when her reproductive rights.. are promoted and directed, she has freedom to participate more fully and equally in society. Reproductive rights are essential to women's advancement.

Thoraya A. Obid, adm. Direktør i UNFPA (UNFPA 2005:27)

Reproduktive rettigheter er viktig for kvinners liv på mange, og helt fundamentale måter. Mangel på selvbestemmelse over egen kropp og innflytelse over eget liv er et hinder for kvinners generelle friheter, muligheter og rettigheter. Reproduktive rettigheter er derfor i aller høyeste grad et spørsmål om bemyndigelse av kvinner. I en FN-rapport (Singh m fl 2003) konkluderes det med at reproduktive rettigheter ikke bare er viktige for kvinner av rent medisinske årsaker, men også for kvinners tilfredshet, selvtillit og psykiske helse. Reproduktiv helse har betydning for kvinners produktivitet, evne til å planlegge, mulighet til å fullføre utdanning, få jobb og ha kontroll over økonomien. Rettighetene kan dessuten bidra til at kvinner unngår diskriminering og stigma, for eksempel i forbindelse med graviditeter utenfor ekteskap, og de kan gi en bedre forhandlingsposisjon innad i familien. En undersøkelse fra Indonesia viser at færre barn økte kvinners deltakelse i lokalsamfunnet og i politikken (ibid).

Grunnen til at bemyndigelse er så interessant for feminister, er ifølge Kabeer (1999:12) en felles erkjennelse av at kvinner i de fleste samfunn tradisjonelt sett har blitt fratatt muligheten

til å ta meningsfulle valg i en helt annen grad enn menn, og at de dermed har hatt mindre strategisk innflytelse over egne liv. Det er likevel ikke helt uproblematisk å se på manglende valgmuligheter som årsak til dårlige levekår, pga det Kabeer kaller for ”tilpassede preferanser”. Fraværet av muligheter gjør noe med forventningene, holdningene og oppførselen hos de det gjelder. Kvinners tilpasning til den virkeligheten de lever i kan til og med gå så langt at de selv bidrar til å opprettholde diskriminerende praksiser, som når kvinner utfører omskjæringsritualer på yngre jenter. Å leve i fattigdom handler nettopp om å gjøre det beste ut av lite, og mange vil derfor ikke se nytten av langsiktige strategiske endringer. Men poenget er ifølge Kabeer (1999:4) ikke hvilke valg som blir tatt, men hvilke valgmuligheter som finnes. Hvis man er enige om at alle mennesker deler visse grunnleggende behov, som god helse, og så oppdager at disse godene er skjevt fordelt etter kjønn, så er det naturlig å slutte at denne skjevheten skyldes manglende evne til å velge heller enn at kvinner har andre preferanser i livet. Skjevheten kan skyldes aktiv diskriminering fra andre, eller tilpassede preferanser (ibid:5). Kvinner er bare i stand til å ta meningsfylte valg i den grad det finnes andre valgmuligheter tilgjengelig, materielt og ideologisk sett (ibid:9).

Bemyndigelse av kvinner er noe som skjer på individnivå, men som utvilsomt har betydning for deres rolle i familien. Det er ikke urimelig å tenke seg at de relasjonene som gjelder mellom menn og kvinner privat også gjenspeiles i samfunnet. Batliwali (sitert i Kabeer 1999:13) påpeker at mange fattige menn er nesten like maktesløse som fattige kvinner i tilgangen på materielle ressurser i det offentlige rom, og at når de forblir privilegerte innad i den patriarkalske familiestrukturen så er dette kanskje det eneste stedet de har særlig makt. Familien er derfor det siste stedet man kan forvente at kvinner blir bemyndiget. På den annen side kan man argumentere med at kvinners rettigheter i familien er fundamentale for å skape en forståelse av deres rettigheter også på samfunnsnivå. Ifølge HRBA-teori kan det ikke forsvares å utsette fokuset på kvinners rettigheter i familien til slike endringer skjer i samfunnet ellers. Dette er fordi spesielt diskriminerte eller sårbare grupper ikke kan tilsidesettes nok en gang. Vold mot kvinner er derfor en viktig utfordring for å fremme utvikling.

Stein (1997:174) er kritisk til hvilke effekt kvinners bemyndigelse har på familien. Hun erkjenner at kvinners bemyndigelse gjennom økt status og autonomi kan ha en positiv effekt på deres helse, men hun tror samtidig at prosessen kan skape en del bieffekter, som generasjonskonflikt, unaturlig høye krav til og forventninger hos kvinner, og uro i familien

(ibid:49). Det er ikke så unaturlig å tenke seg at endring i kvinners status kan skape konflikt i familien, men også her er det mulig å snu problemstillingen på hodet. Ifølge Sen (1999:193) finnes det mange eksempler på at kvinners bemyndigelse gjennom blant annet utdanning og jobb har hatt positiv effekt på nedgang i barnedødelighet. Dette kan ha flere forklaringer, som at utdanning påvirker mors kunnskaper om helse eller mors alder ved første fødsel. Det er dessuten utelukkende positive effekter av kvinners reproduktive helse på familien. Det er en helt direkte sammenheng mellom den gravide og det nyfødte barnets helse, som for eksempel dårlig ernæring hos mor. Det er også en rekke psykologiske, sosiologiske og økonomiske effekter av god reproduktiv helse. Friske mødre har mer tid og ressurser til å ta seg av familien. Lavere mødredødelighet fører til færre foreldreløse barn. Mindre familier betyr bedre boforhold, og mer tid og ressurser på hvert enkelt barn (Singh m fl 2003:26). I Ghana viste det seg at kvinners økte reproduktive rettigheter førte til mindre diskriminering mot jentebarn (ibid:24). Kvinners reproduktiv helse er avgjørende for deres bemyndigelse, siden det øker deres evne til å ta meningsfulle valg i livet og sikrer dem en mer likestilt posisjon innad i familien. På kort sikt kan dette skape motstand og potensielt konflikt, men på lang sikt betyr det mer harmoniske familieforhold som er nødvendig for oppfyllelsen av et annet menneskerettighetsprinsipp, nemlig likestilling mellom kjønnene.

Mange av de samme effektene er gjeldende på samfunnsnivå. Ethvert land vil verdsette lav mødredødelighet, og foreldres evne til å ta vare på barna. Det å satse på gravides helse kan også være økonomisk lønnsomt, siden forebyggende helse som regel er billigere enn behandling. Forebyggende helse er ikke minst relevant i forbindelse med HIV/AIDS, som når den først har spredd seg har enorme konsekvenser for samfunnet. Bedre reproduktiv helse gir større produktivitet i befolkningen, og reduserer ulikhetene mellom menn og kvinner. Utgiftene til det offentlige helsevesen og utdanningsinstitusjoner reduseres ved en nedgang av befolkningsveksten. Mindre barnekull kan dessuten lettere bli integrert inn i arbeidsmarkedet (ibid:26). Den positive effekten av å satse på reproduktiv helse kan være enorm, særlig hvis man legger sammen de økonomiske, sosiale, psykologiske og helsemessige aspektene, og dette vil det være interessant å forske mer på.

2.4 Operasjonalisering av problemstillingen

Ifølge komiteen for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter er HRBA mer effektivt, bærekraftig, inkluderende, rettferdig og meningsfullt for de som lever i fattigdom (OHCHR

2004:2). Når det gjelder hvordan idealene fra HRBA kan overføres til det praktiske bistandsarbeidet, har blant annet UNFPA, UNICEF og FNs Høykommissær for menneskerettigheter kommet med retningslinjer.¹⁴ Kort oppsummert kan man si at de prinsippene som burde styre i prosjekter med en HRBA-tilnærming er: anerkjennelse av internasjonale avtaler og normer, fokus på rettigheter og ansvarsmekanismer, lokalt eierskap og deltakelse fra de det gjelder, ikke-diskriminering, likestilling og fokus på de mest sårbare. Hvordan er disse prinsippene relevante for problemstillingens to spørsmål?

1) Hva er de største utfordringene for kvinners rettigheter i Ecuador i dag? I hvilke grad har menneskerettighetsavtaler blitt ratifisert, og kvinners reproduktive rettigheter realisert i Ecuador? Hva er bakgrunnen for LMGYAI, og i hvilke grad kan denne loven bidra til å styrke kvinners reproduktive rettigheter i Ecuador?

Det første forskningsspørsmålet dreier seg om kvinners menneskerettigheter i Ecuador. Et første skritt mot utvikling i tråd med HRBA er anerkjennelsen av de internasjonale menneskerettighetene. Ratifisering av avtaler og integrering av disse i nasjonal lovgivning er viktig, for det første fordi det gjør dem juridisk bindende og for det andre fordi det viser nasjonalt eierskap (OHCHR 2004:14). Jeg vil derfor først undersøke hvilke menneskerettslige forpliktelser Ecuador har gjennom internasjonale avtaler, før jeg ser nærmere på hva som faktisk kjennetegner kvinners posisjon og levekår i det ecuadorianske samfunnet. I tråd med HRBA tar jeg utgangspunkt i en forståelse av fattigdom som ekskludering. Kvinners fattigdom kan dermed forstås blant annet som utestengelse fra det politiske liv, manglende gjennomslag for kvinners interesser, eller dårligere levekår for kvinner. HRBA vektlegger behovet for disagregerte data, som kan vise hvilke grupper som diskrimineres, og det er i tråd med kjerneforpliktelsene og fokusere spesielt på disse (Melo 2006).

Etter en gjennomgang av kvinners reproduktive rettigheter, vurderer jeg hvilke potensial LMGYAI har for å styrke disse rettighetene. Hvordan ble loven til, og hvem var med på å utforme den? Menneskerettighetene er et juridisk rammeverk som ikke kan diktere, men gi retningslinjer for nasjonal og internasjonal politikk (OHCHR 2004:2). I den grad LMGYAI virkelig er i samsvar med kvinners reproduktive rettigheter, vil dette være et eksempel på stor politisk vilje til å implementere internasjonale normer i Ecuador. Jeg vil også se på de mange reformene loven har hatt, og på retningslinjene for iverksetting av loven. Inkorporering av

¹⁴ Henholdsvis Melo (2006), Jonsson (2003), OHCHR (2004).

HRBA-prinsipper kan ifølge Uvin (2004:139) skje på fire nivåer. De fleste større utviklingsaktører har i løpet av 90-tallet tatt til seg det første nivået, nemlig retorisk inkorporering av HRBA. Selv endringer i diskurs kan ha betydning, fordi det sier noe om endringer i virkelighetsoppfatninger, interesser og motiver. Men Uvin mener det har vært en tendens til at aktører tilpasset språkbruken sin, heller enn arbeidet. Det andre nivået er å stille politiske betingelser for utviklingshjelp, og det tredje vil være å gi en positiv støtte til de målsetninger som finnes i menneskerettighetene, ved å integrere dem i ulike prosjekter og programmer. Ved en omdefinering av utviklingsaktørens *mandat*, til et syn på utvikling som er mer holistisk og strukturelt har man nådd det fjerde nivået av HRBA. Spørsmålet er om LMGYAI i Ecuador mest er retorisk tomprat, eller om loven virkelig kan bidra til å styrke kvinners menneskerettigheter. Da er det ikke bare målsetningene, men også forskriftene om iverksetting som er av betydning.

2) I hvilke grad er LMGYAI iverksatt i Manabi? Hvilke aktører er involvert her, og hva er de største utfordringene? Hvordan fungerer HRBA i praksis, og hva kan erfaringene fra Manabi si oss om HRBA som utviklingsstrategi?

Det andre forskningsspørsmålet dreier seg om iverksetting av LMGYAI med Manabi-provinsen som eksempel. I hvilke grad er loven iverksatt på nasjonalt nivå, og hvilke endringer har skjedd innen reproduktiv helse siden loven kom? Jeg vil undersøke hvilke aktører som er involvert i gjennomføringen av loven i Manabi, og hvilke utfordringer man møter her. FNs rolle i iverksettingen er spesielt interessant, fordi de siden reformen i 1997 har hatt som et sentralt mål å integrere HRBA i alle deler av organisasjonens arbeid (OHCHR 2004:1). Jeg vil ellers fokusere på brukerkomiteene som består av fattige kvinner og som dermed representerer lokal deltakelse fra de det gjelder. Hvilken betydning har deres arbeid hatt for dem selv og andre? Kvinnene fra brukerkomiteene er ikke passive mottakere av hjelp, men heller aktive forkjempere for rettigheter. Deltakelse, fra planlegging til gjennomføring og evaluering, samt endringer innenfra hvor verdivalg diskuteres og lokal kultur respekteres er grunnleggende for HRBA (Melo 2006). Det er interessant å se hva slags holdninger kvinnene møtes med, og om de har lyktes i å samarbeide med andre lokale aktører. Det er et mål for HRBA med et miljø som oppmuntrer til deltakelse og krav om rettigheter fra individer, familier, lokalsamfunn og organisasjoner.

Ansvar og kontrollmekanismer er klart definert i loven, så gjenstår det å se hvordan dette fungerer i praksis. Robinson mener at ansvarliggjøring, eller mekanismer for å gjøre rettigheter om til krav, er det definerende trekket ved HRBA (OHCHR 2004:15).

Kontrollmekanismene kan være juridiske, kvasi-juridiske, administrative eller politiske. De må dessuten være tilgjengelige, gjennomsiktede og effektive (ibid:16). I hvilken grad klarer brukerkomiteene å bidra til ansvarliggjøring av lokale myndigheter? HRBA-teori er svært optimistisk i forhold til betydningen av menneskerettighetsundervisning. Det er kunnskap og bevisstgjøringen om egne rettigheter som er utgangspunktet for bemyndigelse, mener blant annet Marks (2005:101). Bidrar LMGYAI til økt kunnskap og forståelse om menneskerettigheter i Manabi, og oppfatter særlig brukerkomiteene denne kunnskapen som nyttig for deres kamp? Ideelt sett skal kunnskap og bevisstgjøring føre til bemyndigelse av kvinnene i brukerkomiteene og indirekte også andre kvinner i Manabi. I tråd med HRBA er det viktig å fokusere på iverksettingen både sett ovenfra og nedenfra. Dette uttrykkes blant annet gjennom Jonssons (2003:49) idé om ”capacity gaps” som sier at det ikke bare er viktig å analysere hva som hindrer rettighetshaverne i å kreve sine rettigheter, men også hva som hindrer de ansvarlige i å leve opp til sine forpliktelser.

HRBA er opptatt av langsiktighet og bærekraftighet i prosjekter og programmer. Hva er de største utfordringene for LMGYAI fremover? Prinsippet om bærekraftighet henger sammen med behovet for å identifisere og konfrontere de underliggende eller strukturelle årsakene til et problem. HRBA krever også at man utfordrer eksisterende maktstrukturer og blir politisk involvert. Her er det viktig å finne ut hvilke utfordringer kvinnene i Manabi møter på, og om de er av politisk, økonomisk, kulturell eller religiøs art. Vil endringene som skjer kunne spre seg i samfunnet og ha betydning på lenger sikt? Det viktigste når man vurderer resultatet av arbeidet i Manabi, er ikke bare hva man har fått til rent helsemessig, men også i hvilke grad ansvarsmekanismene har blitt styrket.

Kapitel 3 – Kvinnesak og menneskerettigheter i Ecuador

Kvinnebevegelsen har oppnådd mye siden kvinnelig stemmerett ble innført i Ecuador i 1929, men reproduktive og seksuelle rettigheter er blant de tingene som gjenstår for å motarbeid kvinners fattigdom, diskriminering og mangel på selvbestemmelse. utfordringene innen reproduktiv helse må sees i lys av de internasjonale forpliktelsene Ecuador har. ”Lov om gratis morskap og helsestell for barna” er tilsynelatende et eksempel til etterfølgelse på hvordan internasjonale menneskerettighetsnormer kan integreres i nasjonalt lovverk. Loven gir ikke bare en garanti for gratis helsetjenester, men også regler for finansiering og iverksetting lokalt som er interessant i et HRBA perspektiv. I dette kapitlet diskuterer jeg oppgavens spørsmål 1, og legger i gjennomgangen av LMGYAI vekt på hvorvidt denne virkelig er basert på menneskerettslige normer, og hvilke potensial loven har for å bedre kvinners reproduktive rettigheter.

Det er umulig å snakke om kvinners menneskerettigheter i Ecuador uten å presisere hvilke gruppe kvinner det gjelder. En godt eksempel på dette er utdanning, som er en viktig indikator for kvinners rettigheter og muligheter. Ecuador har kommet langt når det gjelder å utjevne kjønnsforskjellene innen utdanning. Databasen *Siise* viser at forskjellene mellom gutter og jenter i grunnskolen nå er ubetydelige. For tidligere generasjoner var det et flertall av kvinner som var analfabeter, men forskjellen er utjevnet for de under 29 år. Likevel er det et tydelig skille etter etnisitet, hvor barn fra urbefolkningen og afroecuadorianere sjeldnere fullfører. Blant urbefolkningen er det nesten 9% færre jenter enn gutter som fullfører, og dette er med på å forsterke disse jentenes sårbare situasjon. CEDAW-komiteens rapport (CCEDAW 2007:10) slår fast at det er nødvendig å utvikle et læringsmiljø hvor jenter er trygge og ikke diskrimineres, og at det er kritikkverdig når jenter tvinges til å slutte på skolen av økonomiske grunner, for å passe på søsken eller fordi de blir gravide.

Ifølge databasen *Siise* er det flere jenter enn gutter som har universitetsgrad i aldersgruppen 25-29 år, men også her har nok familiens økonomi avgjørende betydning. Begrensningene for kvinner kommer tydeligst frem gjennom diskriminering i arbeidslivet. For kvinner er utdanning ingen garanti for bedre inntekt. Det er et tydelig kjønnskill i arbeidsmarkedet, hvor 37% av alle kvinner med jobb er ansatt i den uformelle sektoren, blant annet som hjemmehjelper. Generelt kjennetegnes kvinners arbeid av å være ufaglært, dårlig betalt og

mangler sosiale goder (CCEDAW 2007:9-14). Kvinners inntekt utgjør gjennomsnittlig bare 0.56 av menns inntekt (UNDP 2008), og mange kvinner har ingen egen inntekt overhodet. Dårligere muligheter innen utdanning og arbeid er tegn på kvinners fattigdom. I tillegg kan fattigdom ramme kvinner annerledes, det kan for eksempel være en stor belastning med hovedansvar for hus og familie, uten å ha lik innflytelse over familiens økonomi og andre viktige beslutninger. CEDAW-komiteenes rapport (ibid:65) anbefaler derfor at det lages statistikk over feminiseringen av fattigdom i landet, og at man tar hensyn til denne sårbare gruppen ved utforming av offentlig politikk og budsjetter.

3.1 Mobilisering og organisering av kvinner

Tanken på en nasjonal kvinnebevegelse kan virke usannsynlig, siden den virkeligheten hvite, mestizo, urfolk og afroecuadorianske kvinner lever i er så vidt forskjellig. Men de alliansene som likevel oppstår kvinner imellom er desto mer interessante. I likhet med USA og mange europeiske land har Ecuador hatt to større feministiske bølger. Den første kuliminerte med kvinnelig stemmerett i 1929, og den andre startet under diktaturet på 70-tallet da en del kvinner organiserte seg i kampen for blant annet utdanning, arbeiderrettigheter og menneskerettigheter (Lind 2005:41).

Demokratiet ble gjeninnført i Ecuador i 1979, og en rekke ting skjedde som hadde betydning for kvinners mobilisering. 80-tallet ble ifølge Lind preget av profesjonalisering av grassrot-bevegelsen og organisering blant annet i forbindelse med FNs "Advancement for Women Decade" fra 1975-85. De økonomiske vanskelighetene på 80-tallet førte til stor mobilisering av kvinner som ønsket å forbedre situasjonen for seg og sine familier. Moser (1993) viser hvilke effekt fattigdom og strukturtilpasningsprogram hadde på kvinner i storbyen Guayaquil. Økt arbeidsledighet, dårligere arbeidsvilkår og lavere lønninger for menn førte til at kvinner ofte måtte ut i arbeid for å spe på familieinntektene, uten at de fikk noen avlastning fra sitt tradisjonelle ansvar i hjemmet (ibid:10). Dette førte til trippelt arbeid for kvinnene, som ifølge studien ofte måtte stå opp i fire-fem tida for å lage mat til barna, låse dem inne mens de var på jobb, og komme hjem sent på kvelden før de dro på møter i nabolaget. Det siste fordi en rekke NGOer i denne perioden baserte seg på frivillig innsats fra fattige kvinner for gjennomføringen av lokale prosjekter, som sikring av elektrisitet og vanntilførsel i nabolaget (ibid:18-21). I likhet med Moser er Lind (2005:57) kritisk til disse prosjektene som hun kaller nyliberale, fordi hun mener de la en uforholdsmessig stor arbeidsbyrde på kvinnene. Tiltross

for gode intensjoner og en ”kvinner i utvikling” diskurs, mener Lind (ibid:144) at internasjonale aktører bidro til å institusjonalisere kvinners marginaliserte roller heller enn å bemyndige dem. Mobiliseringen av kvinner i denne perioden skjedde også ofte gjennom deres tradisjonelle roller, som ledere av suppekjøkken eller som mødre. Mange kvinner følte imidlertid en økt legitimitet ved å delta i politikken og samfunnet nettopp som mødre, for på den måten å ta avstand fra den formelle og mannsdominerte politiske verdenen (ibid:108).

På 90-tallet ble ca. 70 organisasjoner som jobbet med kvinnesak registrert i Quito, blant dem viktige organisasjoner som *CPME* og *FNPM* (ibid:4). Mens *CPME* hadde som formål å integrere et kjønnsperspektiv i den statlige politikken, ble *FNPM* opprettet i forkant av FN-konferansen i Beijing og fokuserte på kvinner og utvikling (ibid:123-124). Blant de mest radikale feministene er nettverket *Feministas por la autonomia* som fokuserer på seksuelle rettigheter som rettigheter til abort og lover mot pornografi (ibid:130). I 1997 ble det tidligere *DINAMU* omdøpt til *CONAMU* – det nasjonale kvinnerådet. *CONAMU* er et uavhengig statlig organ som har som oppgave å utforme et rammeverk for offentlig politikk og kvinnesaksprosjekter (Garcia 2007:327). Selv om et statlig byrå for å ivareta kvinners rettigheter er en stor seier for kvinnebevegelsen, så finnes det også kritikere. *CONAMU* har blitt kritisert for å ha for stor makt i forhold til kvinnebevegelsene, og for liten makt i forhold til staten i sin helhet (Lind 2005:122). Fries (2000:48) mener at når den offentlige kvinnepolitikken blir ”løst” av staten, så får de sosiale bevegelsene mindre å si i utformingen, og at de kvinnelige ansatte i staten etter hvert mister kontakten med grassrota og dermed evnen og legitimiteten til å representere dem (ibid:62).

Kvotering av kvinner i politikken har vært et omstridt virkemiddel selv i de mest likestilte land, og valgloven som ble innført i Ecuador i 2000 var derfor ganske radikal. Den sier at 20% av alle politiske kandidater på alle nivåer må være kvinner, og at andelen skal økes gradvis til den utgjør 50% (Lind 2005:121). I 2007 var 25% av representantene i Kongressen kvinner (UNDP 2008) og den sittende regjeringen har 11 kvinnelige ministre.¹⁵ Dette er en sterk økning i kvinners representasjon, men betyr ikke nødvendigvis at innholdet i politikken endres. Ifølge Fries (2000:55) har ikke økt representasjon ført til integrering av et kjønnsperspektiv i politikken. CEDAW-komiteens rapport (CCEDAW 2007:67) understreker behovet for opplæring av og oppmuntring til kvinnelig deltakelse i politikken, spesielt som

¹⁵ URL: <http://www.presidencia.gov.ec/modulos.asp?id=1> [Lesedato: 28.07.08].

ledere. Dette mener de er essensielt for å utvikle et inkluderende og egalitært demokrati i Ecuador. 90-tallet var det tiåret da kvinneorganisasjonene, staten og de internasjonale aktørene endelig ble samlet om et felles syn på utfordringene for kvinners rettigheter, ifølge Laspina (2003:127). Denne konsensusen kan forklare samarbeidet mellom de mange aktørene som førte til at LMGYAI ble vedtatt i 1994 og reformert i 1998. Det er likevel ironisk at når Garcia (2007:332-335) skal forklare prosessen frem mot innføringen av LMGYAI, så mener han at kvinnebevegelsens press på de sittende Presidentenes koner hadde stor betydning. Uten innflytelse fra President Alarcón, Noboa og Guitérrez koner hadde prosessen tatt betraktelig lengre tid, mener han.

3.2 Reproduktive og seksuelle rettigheter

For å vurdere et lands oppfyllelse av menneskerettigheter, må man først se på hvilke forpliktelser staten har og siden hva som er gjort for å oppfylle dem. Et første skritt er å anerkjenne internasjonale menneskerettighetsavtaler og standarder. Ecuador har undertegnet og ratifisert alle de viktige avtalene som har med kvinners rettigheter å gjøre, blant annet de to hovedkonvensjonene fra 1966, Barnekonvensjonen, Rasekonvensjonen og Konvensjonen mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.

Kvinnekonvensjonen (CEDAW) med tilleggsprotokoll er underskrevet og ratifisert, som betyr at individuelle kvinner kan fremme klager mot staten. CEDAW-komiteens kommentar til Ecuadors landrapport fra 2007 blir brukt som en viktig kilde i dette kapitlet for å vurdere utfordringene landet står ovenfor. De generelle helseanbefalingene i rapporten var: 1) Å fremme en mainstreaming av interkulturell forståelse i alle helsetjenester 2) Å styrke de lokale myndigheters rolle i å gi helsetjenester 3) Å fullføre de fremskrittene som har skjedd på området reproduktiv og seksuell helse (CCEDAW 2007:66). Ecuador bidrar i regionalt samarbeid om kvinners helserettigheter gjennom blant annet Den panamerikanske helseorganisasjonen (del av WHO), Organisasjonen for amerikanske stater og den Interamerikanske menneskerettighetskommisjonen. San Salvador-protokollen fra Den amerikanske menneskerettighetskonvensjonen er viktig for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, og har en egen artikkel om kvinners rett til helse før og etter fødsel (Villagomez m fl 2002:42). Ecuador har også underskrevet "Belém do Pará"-konvensjonen som har som formål å forebygge, straffe og avskaffe vold mot kvinner.

Den andre utfordringen for staten er å integrere de menneskerettslige forpliktelsene i nasjonal lovgivning og politikk. FNs konferanser i Beijing og Kairo har skapt debatt i Ecuador, og bidratt til et stort antall lover og politiske planer for kvinners rettigheter. For perioden 2006-2008 finnes det en egen statlig handlingsplan, kalt "Politikk for helse og seksuelle og reproduktive rettigheter". Loven om et nasjonalt helsesystem fra 2002 var et viktig initiativ for reform av helsevesenet, og anerkjenner vold, mødredødelighet, ungdomsgraviditeter og usikre aborter som spørsmål om offentlig helse. Art. 20 sier også at politikk og programmer for reproduktiv og seksuell helse skal garanteres til alle, inkludert ungdom, uten kjønnsdiskriminering og med et multikulturelt perspektiv. Den sterkeste garantien som kan gis er den konstitusjonelle, og i Grunnloven fra 1998 nevnes reproduktive og seksuelle rettigheter for første gang (Marangoni 2003:43). Art. 42 i Grunnloven sier at Retten til helse må gjelde etter prinsipper om likhet, universalitet, solidaritet, kvalitet og effektivitet. Denne artikkelen sier også at offentlige helsetjenester skal være gratis for de som trenger det. I art. 30 heter det at alle skal ha rett til å bestemme antall barn de vil ha, og at det er statens ansvar å informere og tilrettelegge for dette (Villagómez m fl 2002:27). Under utarbeidelsen av ny Grunnlov i 1998 var både kvinnebevegelsen og urbefolkningen godt representert. Det er et åpent spørsmål hvor godt man lykkes med å beskytte kvinners interesser i den pågående reformprosessen.

Noen steder i verden tar kvinneskrediskriminering form av ulikheter i lovverket for kvinner og menn. I Ecuador ligger utfordringene heller i iverksettingen av lover og politikk. En fungerende rettsstat er avgjørende for oppfølging av statens menneskerettslige forpliktelser, og her står Ecuador foran store utfordringer. Salgado (2000:118) mener at Ecuadors største menneskerettighetsproblem er nettopp avstanden mellom de konstitusjonelle rettighetene og den faktiske hverdagen til den ekskluderte delen av befolkningen, som utgjør flertallet. Realisering av rettighetene avhenger av offentlig debatt og informasjon om rettighetene, i tillegg til strategiske allianser mellom aktører, mener hun. Manglende kunnskap om kvinners rettigheter er et problem også i rettsvesenet. Ifølge kvinneorganisasjonen CPME (Villagómez m fl 2002:24-25) er det vanskelig for kvinner å rettsforfølge voldssaker, fordi hele rettssystemet er diskriminerende, ekskluderende og mannssjåvinistisk, og fordi det er vanlig med korrupsjon og ekstern innblanding i sakene. Å anmelde saker blir en "kostnad" for kvinner når resultatet er usikkert og de ikke kan stole på systemet. Manglende ressurser og sterk politisk polarisering kan også være utfordringer for realisering av menneskerettighetene. Statene er ikke forpliktet til å oppfylle alle menneskerettigheter samtidig og med øyeblikkelig

virkning, men gradvis og i henhold til tilgjengelige ressurser (OHCHR 2004:22). En stat lever opp til sine menneskerettslige forpliktelser hvis den "tar alle rimelige midler i bruk for realiseringen av rettighetene" (ibid:25). Jeg skal her se nærmere på utfordringene innen reproduktiv helse.

En sentral indikator for reproduktiv helse er mødredødeligheten. Sikkert morskap er målsetning nummer fem i FNs Tusenårsmål, og var et viktig formål for innføringen av LMGYAI. I 2007 var de vanligste dødsårsakene i forbindelse med fødsel og graviditet eklampsi og postpartomblødninger, fulgt av andre typer fødselskomplikasjoner og aborter.¹⁶ Dødsfallene kan skyldes at det oppstår komplikasjoner ved hjemmefødsler, at kvinner oppsøker helsetjenestene for sent, eller at helsetjenestene er av dårlig kvalitet. Det siste bekreftes av en ansatt i UNFPA Quito:

Mødredødelighet i et land som Ecuador, på det utviklingsnivået vi er, det er dødsfall som ikke kan rettferdiggjøres, for det er snakk om dødsfall som kan unngås, og de har å gjøre med kvaliteten på helsetjenestene (...) mange av kvinnene dør på sykehusene, pga manglende blodtilførsel, mangel på riktig behandling eller mangel på tilgjengelig personell.

Det har nå blitt opprettet en viktig kommisjon under helsedepartementet for registrering og etterforskning av mødredødelighet. Ecuador har tidligere blitt kritisert for overdreven bruk av keisersnitt, som er uheldig siden sannsynligheten for mødredødelighet øker 12 ganger ved keisersnitt, ifølge en studie som Germán og Yunes (1993:75) refererer til. Aborter er også en årsak til mødredødelighet, men siden det er ulovlig og foregår i det skjulte er det vanskelig å anslå omfanget av problemet. Ifølge enkelte studier ender opptil 40% av alle graviditeter i Latin Amerika med abort (Fischer 1993:5). Det man vet om Ecuador er at aborter fører til rundt 22000 sykehusinnleggelser hvert år. Ifølge forrige rapport til CEDAW-komiteen tok hele 40% av gravide tenåringsjenter i storbyen Guayaquil abort i 1997. 10% av disse følte seg presset av familien til å abortere (CLADEM 2003:19). I tillegg til død eller sykdom som følger av ulovlige aborter, risikerer både kvinnen selv og eventuelle hjelpere fengselsstraff for å ha utført eller prøvd å fremprovosere en abort. Usikre aborter omtales av Gomez de la Torre (2003:139) som den størst utfordringen for kvinnebevegelsen i Ecuador det neste tiåret.

¹⁶ URL: http://www.ops_oms.org/spanish/dd/ais/IB_2007_SPA.pdf [Lesedato 04.04.08].

Informasjon om og tilgang til midler for familieplanlegging er en menneskerettighet som også er nedfelt i Ecuadors Grunnlov fra 1998 og som skal dekkes av LMGYAI. Tilgang på prevensjonsmidler er ikke bare en rettighet i seg selv, men også avgjørende for å redusere de ulovlige abortene, tenåringsgraviditetene og hindre spredning av seksuelt overførbare sykdommer inkludert HIV/AIDS. Ecuador har et udekket behov for prevensjonsmidler i befolkningen. Befolkningsundersøkelsen Endemain (CEPAR 2005) viser at over 10% av alle kvinner som er i forhold og som ikke bruker moderne prevensjonsmidler, ønsker å gjøre det.

Ungdom er spesielt sårbar når det gjelder reproduktive og seksuelle rettigheter. I 1998 kom en lov som garanterer seksualundervisning i skolen, og i 2000 et reglement mot seksuelle overgrep i skolen. Ifølge en rapport fra CONAMU/UNFPA i 2004 (69), mangler Loven om seksualundervisning teknisk og økonomisk støtte, og er nesten utelukkende avhengig av internasjonal finansiering og initiativ fra NGOer. Dette er særlig alvorlig fordi Ecuador er det landet med nest høyest forekomst av tenåringsgraviditeter i Latin Amerika, etter den Dominikanske Republikk. I 1999 var 10% av alle jenter mellom 15 og 19 år gravide (Troya m fl 2006:9). Frukthbarheten for ecuadorianske kvinner har sunket fra 5.4 til 3.3 mellom 1979 og 2004. Likevel har fødselstallene for aldersgruppen under 19 år stått nesten stille, noe som tyder på manglende inkludering av ungdommens rettigheter (CEPAR 2005). Sannsynligheten for fødselskomplikasjoner er i tillegg 2 til 5 ganger større for tenåringsjenter (Troya m fl 2006:9). Diskriminering av gravide tenåringer kan forekomme både på skolen, i hjemmet og hos legen. Ifølge Gómez de la Torre (2003:138) er utvisninger fra skolen pga graviditet fortsatt vanlig, og gravide tenåringer som blir kastet ut fra hjemmet uten noe sosialt sikkerhetsnett er dagligdags.

HIV/AIDS har vært et økende problem i Ecuador siden det første tilfellet i 1984, og de siste årene har økningen vært størst hos kvinner (Troya m fl 2006:9). En lov fra 2000 om bekjempelse av HIV/AIDS ble fulgt opp av et eget "Nasjonalt program".

Arbeidsdepartementet har startet tiltak for å hindre diskriminering av HIV-smittede, hvor de blant annet forbyr obligatorisk HIV-testing av arbeidstakere og oppsigelser av arbeidere på et slikt grunnlag (ibid:58). Informanten fra Det nasjonale helserådet mener at kampen mot HIV/AIDS har åpnet opp for en generell debatt også om andre problemer innen reproduktiv helse. Men i deler av befolkningen er det fortsatt et problem med manglende eller feilaktig informasjon om HIV/AIDS, motvilje mot bruk av kondom som beskyttelse og stigmatisering av mennesker som lever med sykdommen (CONAMU/UNFPA 2004:70).

Vold mot kvinner har etter hvert fått status som et menneskerettighetsspørsmål, og Ecuador har i tillegg til internasjonale forpliktelser en egen lov som skal bekjempe slik vold fra 1995. Loven tillater at enhver som helst person kan melde fra om voldstiltfeller, ikke bare offeret selv. Villagómez m fl (2002:24-25) mener at verken politi eller dommere har tatt loven særlig alvorlig, og at de mangler kunnskap om hvordan den skal iverksettes. I 1994 ble det opprettet egne politistasjoner rundt i landet for anmeldelser av vold i familien, men kvinneorganisasjonen CPME (Villagómez m fl 2002:24) mener at disse har store kapasitetsproblemer. De beskriver vold mot jenter og kvinner som et omfattende problem i landet som skyldes det asymmetriske forholdet mellom kjønnene, offentlig som privat (ibid:22). Ifølge Endemain (CEPAR 2005) har 43% av alle ecuadorianske kvinner i parforhold blitt utsatt for fysisk eller seksuell vold fra partneren, eller 84% hvis man regner med verbal og psykologisk vold.¹⁷ CEDAW-komiteens rapport (2007:66-67) anbefaler å integrere en kjønnsmodell i familie- og straffedomstolene, og at det brukes mer ressurser på iverksetting av planer og programmer for å beskytte kvinner mot vold.

Alle kvinner har rett til helse. Også for reproduktiv helse gjelder prinsippet om ikke-diskriminering, verken på grunnlag av kjønn, alder, etnisitet, sivilstatus eller annet. Når noen diskrimineres på mer enn et grunnlag, og dermed utgjør en spesielt sårbar gruppe, kalles dette interseksjonalitet (Cook m fl 2001:49). Urfolkskvinner i Ecuador kan bli diskriminert både på grunnlag av kjønn og etnisitet, men også dårligere helsetilbud til kvinner som bor i rurale områder må sees som en form for dobbel diskriminering. Helsetjenester skal gis uten diskriminering, og det er derfor i strid med menneskerettighetene at man i Ecuador fortsatt ber om mannens tillatelse når en kvinne ønsker å sterilisere seg (Gomez de la Torre 2003:137). Diskriminering av homofile og lesbiske er et lite berørt tema i Ecuador. Selv om homofili ble avkriminalisert i 1997 er det fortsatt svært tabubelagt, og Amnesty International rapporterer om trakassering, mishandling og vold mot lesbiske og homofile fra politiets side.¹⁸ En debatt rundt reproduktive og seksuelle rettigheter må dessuten også inkludere de prostituerte, som særlig er utsatt for overgrep. I Ecuador er prostitusjon tillatt mot at det foregår under kontrollerte former.

¹⁷ Tallene er svært usikre, men det er positivt med en registrering av problemet.

¹⁸URL: <http://www.amnesty.org/en/library/asset/AMR28/005/2002/en/dom-AMR280052002en.html> [Lesedato 25.07.08].

Kulturkonflikt?

I Ecuador representerer både den katolske kirken og den såkalte machokulturen verdier og normer som kan være en utfordring for realiseringen av kvinners reproduktive rettigheter. På 70- og 80-tallet fokuserte staten på mor-barn helse og familieplanlegging ble et satsningsområde i Ecuador gjennom arbeidet til NGOer som *APROFE* og *CEMOPLAF* (UNFPA 2003:12). Siden den gang har blant annet Kairo-konferansen og press fra kvinneorganisasjoner sørget for en markant endring i diskurs, hvor man ifølge Fries (2000:50) har gått fra å se på kvinnens rettigheter som mor og kone, til kvinnens rettigheter som et resultat av vår felles menneskelighet. Under Kairo-konferansen kom imidlertid motstanden fra den katolske kirken tydelig frem. Katolisismen er ifølge Ramírez (2000:63) den eneste religionen som er prinsipielt imot bruk av prevensjonsmidler, med den begrunnelse at den ekteskapelige seksualakten er en handling bestemt av naturen som er underlagt et naturlig formål, nemlig reproduksjon (ibid:78). Den katolske kirkens lederskap, kalt Den Hellige Stol, mener at alt liv begynner ved unnfangelsen, og må beskyttes. De er skeptiske til selve begrepet seksuell og reproduktiv helse, og mener det er feil å inkludere abort i en slik holistisk forståelse av rettigheter (Ibid:104). De kritiserer også det individualistiske perspektivet i rettighetene, og understreker at familien må forstås som samfunnets grunnleggende enhet. Tiltross for at Ecuador hadde anerkjent familieplanlegging som en rettighet, var de ett av bare fire land som støttet Den Hellige Stols uttalelser om abort på konferansen (Marangoni 2003:38). Konferansen endte med et konsensus, men Den Hellige Stol tok et sterkt forbehold. Ingenting de hadde gått med på skulle tolkes dit hen at de på noen som helst måte hadde moderert sitt moralske syn på abort, sterilisering eller bruk av prevensjonsmidler, heller ikke i kampen mot HIV/AIDS (ibid:105).

Den katolske kirken i Ecuador har ikke hindret reproduktive og seksuelle rettigheter å bli nevnt i Grunnloven av 1998, og heller ikke innføringen av LMGYAI eller andre lover som den om seksualundervisning i skolen. Likevel er temaet kontroversielt. En ansatt i UNFPA¹⁹ mente at den største utfordringen for LMGYAI nettopp er motstanden fra konservative grupper. Det har vært diskusjon rundt den såkalte angrepillen,²⁰ hvor en gruppe leger nylig gikk ut med ønske om et fullstendig forbud. Informanten fra Det nasjonale helserådet²¹ beskriver ”angrep” fra konservative grupper som en stadig trussel mot helserådets arbeid.

¹⁹ Intervju med Cesar Hermida.

²⁰ Levonor Gestrel 075.

²¹ Intervju med Irina Alameida.

Spesielt bekymringsverdig mener hun det er med lovforslaget fra det kristensosialistiske partiet i 2007 om å gjøre terapeutisk abort straffbart. Terapeutisk abort vil si når det åpnes for abort av medisinske grunner, som når mors liv og helse står på spill. Nicaragua forbød terapeutisk abort i 2006, noe som har skapt stor debatt siden det er svært få land i verden som har et slikt totalforbud. I Ecuador er abort tillatt av medisinske grunner, eller ved voldtekt av en person som er "sinnssyk eller åndssvak" (CLADEM 2003:44). Direktøren for Det nasjonale kvinnerådet beskriver et eventuelt totalforbud som synonymt med å dømme hundrevis av kvinner til døden, i tillegg til at det ville være et tilbakeskritt på 30 år for kvinners rettigheter i Ecuador.²² Ifølge informanten fra lovens brukerkomité i Nord Quito,²³ er valgfri abort knapt et tema i Ecuador verken i brukerkomiteene eller for de fleste feminister. Det samme partiet som ville forby terapeutisk abort, kom i 2006 med lovforslag om at reproduktiv helse skulle gjøres til en sak for kirkens ledere, uten innblanding fra stat eller leger. Når det gjelder kirkens generelle innflytelse på samfunnet, så hevdet en informant fra Manabi at det ikke blir gitt seksualundervisning på skolene her, og at dette skyldes religiøs motstand.

Mens kirkens makt kan ha betydning for politikkutforming i Ecuador, kan machokulturen være en kulturell utfordring for kvinners rettigheter på individnivå. Machokulturen er den dominerende doktrinen for forholdet mellom menn og kvinner i Ecuador. Det spanske ordet macho betyr ganske enkelt mannlig, men har fått en del konnotasjoner og brukes også på andre språk. Den stereotype machomannen er sterk, aggressiv og viril, i kontrast til forventningene om kvinnen: avhengig, selvoppofrende, underdanig og følsom (Fischer 1993:3). Machokulturen fører til visse forventninger om hvilke roller og posisjoner kvinner kan ha, og det er en utbredt oppfatning at det er "naturlig" for kvinner og holde seg hjemme for å ta seg av barnepass og husarbeid (ibid:5). Det er også en del av kulturen at jenter og kvinner beskyttes og forsørges av de mannlige familiemedlemmene, og kvinner behandles i det hele tatt svært pent - en mannlig kavalier vil åpne alle dører og betale alle regninger for en kvinne. Dette hjelper likevel lite så lenge kvinnen ikke sikres selvstendige rettigheter som individ. Menneskerettighetene understreker nødvendigheten av slike individuelle rettigheter, uavhengig av en kvinnes tilhørighet til noen familie eller gruppe, og uavhengig av hvordan

²² Se URL:

http://organizaciones.conamu.gov.ec:8080/informativo/index.php?Itemid=13&id=180&option=com_content&task=view [Lesedato 25.07.08].

²³ Intervju med Sandra Jaramillo.

menn eller andre velger å behandle dem. Det er bare slik kvinner kan sikres like mulighet til å ta meningsfulle valg for eget liv.

Machokulturen har også betydning for oppfatningen av menn og kvinners seksualitet. Det er et paradoks at samtidig som kvinnen fremstilles som noe hellig og jomfruelig, så finnes det en sterk seksualisering i samfunnet. Curi og Martínez (1994:32) mener at mannens utroskap kanskje er det sterkeste uttrykket for ulikhet mellom kjønnene i Ecuador. De mener det er typisk at samtidig som mannen får sitt første faste forhold til en elskerinne, begynner også fysisk og psykisk misbruk av kona, og tilbakeholdelse av husholdningspenger (ibid:12-13). Likevel skaper machokulturen en diskurs der konflikten ikke står mellom mannen og kvinnen, men mellom såkalte ”gode” og ”dårlige” kvinner. Den gode kvinnen forbindes direkte med morskap, jomfruelighet og selvoppofrelse, mens den dårlige kvinnen er den som gir etter for fristelser og som har en rekke dårlige egenskaper som legitimerer at mannen tiltrekkes av henne (ibid:20). Abort får en paradoksal betydning i Latin Amerika, fordi en abort kan bidra til å skjule skammen forbundet med barn utenfor ekteskap, men er i strid med de mest grunnleggende feminine idealene – jomfruelighet og morskap (ibid:46). Fries (2000:52-53) mener at for å fremme kvinners rettigheter er det nødvendig med et skifte vekk fra det patriarkalske paradigmet, og skillet mellom privat og offentlig må fjernes slik at diskriminering og undertrykking heller ikke godtas i familien. Det er åpenbart at i forhold til problemer som HIV/AIDS og uønskede graviditeter, er det problematisk med en dobbelt moralsk standard hvor mannen fritas fra alt ansvar. For å sikre kvinners reproduktive helse er det derfor nødvendig å motarbeide kulturelle holdninger som undergraver kvinnens autonomi og likeverd.

3.3 LMGYAI – en lov basert på menneskerettigheter?

LMGYAI fra 1998 har som formål å sikre gratis helsetjenester til alle kvinner i reproduktiv alder, samt en pakke grunnleggende helsetjenester til alle barn under 5 år. Formålet med loven er å redusere mødre- og barnedødeligheten i landet, ved å bedre de fattiges tilgang på helsetjenester. Loven administreres av en egen uavhengig enhet under Helsedepartementet – direktoratet for LMGYAI. Deres hovedoppgave er å administrere og kontrollere ressursene som brukes på loven. Et eget helsefond²⁴ skal ifølge loven bidra med 15 millioner dollar hvert

²⁴ Fondo Solidario de Salud.

år, i tillegg skal 3% av skatten på såkalte spesialvarer som tobakk og alkohol gå til loven. Internasjonale givere og ”Det nasjonale instituttet for barna og familien” nevnes også som finansieringskilder, men ifølge en informant som har analysert nettopp finansieringen, har man hittil ikke mottatt noe fra denne tredje kilden. Til sammen utgjør dette ca. 20 millioner dollar hvert år. Tanken er at disse midlene skal dekke produksjonen av helsetjenester under LMGYAI, inkludert medisiner, prøver, blodoverføringer etc, og dermed hindre at brukerne må betale fra egen lomme. Bevilgninger til selve sykehuset og helsepersonellet må derimot komme gjennom statens generelle helsebudsjett. Helseenhetene skal gi til sammen 54 tjenester gratis, og så rapportere det til Direktoratet for LMGYAI som dekker utgiftene i etterkant etter faste tariffer.

Tabell 3.1 Helsetjenester for kvinner som dekkes av LMGYAI

Under svangerskapet	Helsesjekk, ultralyd, kosttilskudd etc.
Fødsler	Vanlig fødsel, keisersnitt, assistanse fra fødselskoner
Fødselskomplikasjoner	Eklampsi, blødninger, aborter, blodforgiftning etc.
Etter fødsel	Helsesjekk av moren
Familieplanlegging	Informasjon og tilgang på prevensjonsmidler, sterilisering
Vold i familien	Registrering og behandling ved voldstiltfeller
Kreft i livmorhalsen	Kreftprøve
HIV/AIDS	HIV-test
Seksuelt overførbare sykdommer	Prøver og behandling av syfilis, gonoré, herpes etc.

Som det kommer frem av tabell 3.1 inkluderes et bredt spekter av helsetjenester, og alle temaene innen reproduktiv helse er tatt med – sikkert morskap, familieplanlegging, seksuelt overførbare sykdommer og vold mot kvinner. Loven er derfor klart inspirert av internasjonale menneskerettigheter. Dette kommer også frem i lovens art. 1, der det står at alle kvinner har rett på helsetjenester som er gratis og av en viss kvalitet, under svangerskap, fødsel og etter fødsel, samt adgang til programmer for reproduktiv og seksuell helse. I lovens forord som er skrevet av Direktoratet for LMGYAI (UELMGAI 2007:3), står det at formålet er å fjerne den økonomiske barrieren og dermed bedre tilgangen på helsetjenester for de som trenger det mest. Tiltross for at det gjenstår mye for at loven skal ha den ønskede effekten på befolkningens helse, mener direktoratet at økt kunnskap om loven, økt etterspørsel etter tjenestene samt opprettelsen av brukerkomiteer har bidratt til en prosess for bemyndigelse av

kvinner og betydelig styrking av Retten til helse, i tillegg til styrking av ecuadorianske kvinners deltakelse som samfunnsborgere (ibid:4).

Ti år med LMGYAI

Lovens første utgave kom allerede i 1994 under navnet ”Lov om gratis morskap”, og hadde som formål at alle ecuadorianske kvinner som skulle føde på offentlige institusjoner skulle få gjøre det gratis. Helsedepartementet skulle i tillegg dekke medisiner og kosttilskudd for gravide. Dette var en betraktelig smalere utgave av dagens lov, foreslått av det kristensosialistiske partiet.²⁵ Siden 1994 har loven gjennomgått en rekke reformer – i 1995, 1996, 1997, 1998, 2000 og 2005. Men det var reformen i 1998 som var den viktigste. Da ble loven utvidet til å gjelde både kvinner og barn, og fra å gi rettigheter til gravide kvinner gav man nå et bredt spekter av rettigheter til alle kvinner i reproduktiv alder. Det har gått ti år siden den nye ”Lov om gratis morskap og helsestell for barna” ble vedtatt. Likevel er den bare i svært begrenset grad iverksatt rundt omkring i landet. Det er ikke bare resultatene, men også selve utformingen av loven som har tatt tid. Fra 1994 til 1998 var loven stort sett bare gjeldende på papiret. Ifølge León²⁶ ble ressursene distribuert til helseenhetene etter lovens forskrifter, men det var opp til hver enkelt sykehusdirektør å bestemme hva pengene skulle brukes til, siden ingen kjente til lovens eksistens.²⁷ Etter reformen i 1998 begynte man å danne de første komiteene for administrasjon og sosial kontroll lokalt. Flere av informantene mener likevel loven først fikk noen betydning med forskriftene som kom i 2002 og som blant annet spesifiserte hvilke helsetjenester som skulle dekkes. Direktoratet for LMGYAI ble ikke opprettet før i 2002, og Det nasjonale kvinnerådets manual til brukerkomiteene om hvordan de skal si ifra om saker, kom først i 2007.

Utviklingen av loven slik den foreligger i dag er en kort oppsummering av Ecuadors nyere politiske historie. Fra midten av 90-tallet ble det fremmet en rekke reformforslag for helsesektoren, og ifølge Hermida m fl (2005:4) var LMGYAI et av de få forslagene som faktisk ble konkretisert. Garcia (2007:327) beskriver den første utgaven av loven som tilfeldig valgflesk, mens reformen i 1998 var et resultat av en prosess hvor både kvinnebevegelsen og andre aktører var involvert. Forsker Prieto fra FLACSO mener at LMGYAI i liten grad har klart å skape noen offentlig debatt. Likevel - i 1998 var reproduktive og seksuelle rettigheter

²⁵ Intervju med Ninfa León.

²⁶ Adm. direktør for Direktoratet for LMGYAI

²⁷ Intervju med Ninfa León.

et diskusjonstema blant annet som følge av FNs internasjonale konferanser, og dette samme året ble rettighetene for første gang nedskrevet i Grunnloven. Reformen i 1998 kom også som en protest mot det tidligere visehelseminister Hermida kaller for ny-liberalisme. Fra rundt 1995 hadde man gradvis begynt innføringen av et egenbetalingssystem for offentlige helsetjenester, og i 1998 ble dette systemet allment gjeldende. Dette var et resultat av 90-tallets politikk som ønsket å redusere statens innflytelse og statens helseutgifter. Dermed tok man betalt for fødsler, tiltross for det lovfestede gratisprinsippet.²⁸ Flere sykehus hadde publisert prislister over de ulike tjenestene, og i 1998 var det en gruppe aktivister som reagerte på dette og som krevde svar fra helseministeren på hvorfor loven ikke ble overholdt, og deres protest bidro til beslutningen om en lovreform. Det nye reformforslaget ble utarbeidet av en arbeidsgruppe som besto av Det nasjonale kvinnerådet, Det nasjonale helserådet, Det offentlige helsedepartementet, Den panamerikanske helseorganisasjonen, den nasjonale kongressen og *CEPAR* og var sterkt inspirert av en liknende lov i Bolivia (Garcia 2007:328). Kvinnebevegelsen startet en kampanje rettet mot daværende President Alarcón's kone, for at loven skulle bli endelig registrert i det Offentlige registeret, noe de lyktes med samme dagen som Alarcón gikk av, 10. august 1998 (Ibid:330). Den påfølgende Presidenten Mahuad støttet prinsippet om egenbetaling for helsetjenester, og hans administrasjon skal visstnok ha vurderte å ta LMGYAI til Konstitusjonsdomstolen for øremerking av statens midler (ibid). Mahuad ble kastet i et statskupp i 2000, og først med Noboa som president og forskriftene som kom i 2002 begynte loven å få reell betydning.

Den store politiske avstanden og de mange politiske utskiftningene gjør det veldig spesielt at man klarte å komme frem til en konsensus, noe Garcia (2007:333) forklarer med at de kvinnelige parlamentarikerne lyktes i å "sensitivere" mennene ovenfor saken, mens León²⁹ mener en allianse mellom Kongressens helsekommisjon og det Nasjonale kvinnerådet var avgjørende. Abarca, som var adm. direktør for Direktoratet for LMGYAI fra 2002 til 2003 mener at finansieringen i denne perioden var tilstrekkelig, men at det nye systemet var vanskelig å administrere, og at samarbeidet med lokale myndigheter var vanskelig pga motvilje mot desentralisering fra helsedepartementets side. Da Guitérrez ble President i 2003 ble Dr. Banda innsatt som direktør for Direktoratet for LMGYAI, og han havnet fort i konflikt med helsedepartementet da han krevde umiddelbar iverksetting av loven. Etter at Guitérrez ble kastet i 2004 var Direktoratet uten leder til 2005 da León tok over (Garcia 2007:331). Når

²⁸ Intervju med Cekar Hermida.

²⁹ Adm. direktør for Direktoratet for LMGYAI.

både utviklingen av loven og gjennomføringen av den har skjedd så gradvis og ufullstendig, så kan det altså i stor grad forklares med den politiske ustabiliteten i denne perioden og statens økonomiske problemer. Garcia mener den største utfordringen for LMGYAI fremover nettopp er å sikre kontinuitet uavhengig av politiske svingninger. Med reformen av Grunnloven er dette nå mer aktuelt enn noen gang.

Reproduktiv helse til alle?

Et av de mest grunnleggende prinsippene for menneskerettighetene er at de skal være universelle, men samtidig skal grupper som er spesielt sårbare eller diskriminerte prioriteres. Å satse på gratis offentlige helsetjenester er et tiltak som hjelper de fattigste i befolkningen, og det er grunn til å tro at denne økonomiske barrieren har betydning for om de fattige benytter seg av helsetjenestene, og på lang sikt deres helsesituasjon. Samtidig er det et alvorlig problem hvis de offentlige tjenestene er av så dårlig kvalitet at folk mister tillitten til dem, eller hvis institusjonene er ute av stand til å dekke befolkningens behov. En informant fra Direktoratet for LMGYAI sier også at den eneste begrensningen som ligger i prinsippet om universelle rettigheter er helseenhetenes kapasitet. Men kapasiteten er en stor begrensning i Ecuador, og bosted er særlig avgjørende siden både sykehus og leger i stor grad er konsentrert om de største byene. De universelle rettighetene i LMGYAI kan oppfattes som tomme ord for alle de kvinnene som i praksis ikke får det de har krav på. I teorien er likevel loven fullt ut i samsvar med prinsippet om universelle rettigheter. Som informantene fra UNFPA Quito forteller³⁰ - *det er ikke en gang et kriterium å være ecuadoriansk statsborger. Alle som befinner seg i Ecuador kan benytte seg av rettighetene, colombianske flyktninger og peruanske immigranter er for eksempel også inkludert.*

Art. 9 av LMGYAI sier at man skal prioritere de områdene med størst fattigdom og høyest mødre- og barnedødelighet. Dette er i samsvar med menneskerettslige prinsipper, men i praksis blir det ikke gjort. Direktoratet for LMGYAI overfører penger til helseenhetene etter helsetjenestene de har gitt. Det finnes to kriterier for ekstra prioritering av et helseområde, men disse går på kvaliteten på pengeoverføringene og sanitære forhold.³¹ Kvaliteten på pengeoverføringene vil si at pengene kun brukes på det de er ment til og ingenting annet, at man følger statens normer blant annet for innkjøp av medisiner og at helseenhetene ikke har penger stående på bok når neste overføring skal skje. De sanitære kriteriene sier at de fire

³⁰ Intervju med Marcia Elena Alvarez og Mercedes Borrero.

³¹ Intervju med økonom i Direktoratet for LMGYAI, Pablo Zambrano.

største fødselssykehusene i landet har spesiell prioritet, i likhet med helseenhetene som har mer enn 365 fødsler i året og de som har et såkalt ”Senter for integrert seksuell helse for prostituerte”. Alle provinser blir dermed prioritert likt, og dette kan begrunnes med prinsippet om universelle rettigheter. Samtidig er manglende etterspørsel etter helsetjenester en viktig del av utfordringen for å bedre kvinners reproduktive helse, og det er nødvendig med et ekstra fokus på spesielle grupper.

Et alvorlig brudd på prinsippet om universelle rettigheter er mangelen på interkulturell forståelse. Urbefolkningen i Ecuador er en historisk diskriminert gruppe som fortsatt har generelt dårligere levekår, og dette kommer også til syne gjennom kvinners reproduktive helse. I 1998 oppgav bare 27% av urfolkskvinnene at de hadde født på private eller offentlige sykehus, mens 77% av andre kvinner hadde det. Kvinner fra urbefolkningen mangler oftere helsekontroll før fødselen, har gjennomsnittlig færre kontroller og har sjeldnere kvalifiserte leger tilstede (Larrea 2007:94). For å bedre kvinners rettigheter til reproduktiv helse i Ecuador er det dermed helt nødvendig med tiltak som er tilpasset kvinner fra urbefolkningen. Selv om samtlige informanter snakker om interkulturalitet som et viktig tema å ta tak i, så har man enda ikke gjort noe så grunnleggende som å oversette loven til quechua, som er det største av urbefolkningens språk. Ecuador er et multikulturelt land, noe som også betyr ulike syn på helse. Tradisjonell medisin utviklet av urbefolkningen i Amazonas eller i form av lokale medisinmenn og fødselskoner brukes av store deler av befolkningen. Ifølge Retten til helse må offentlige tjenester svare til prinsippet om godtakbarhet. Informanten fra brukerkomiteen i Nord-Quito kaller den manglende interkulturelle forståelsen for ”kulturell vold”.³² Et eksempel er urfolkskvinnenes konsept om ”varme” som blir ansett som viktig for deres helse og indre liv, og som blir angrepet når de rutinemessig blir dusjet og iført hvite skjorter. Rapporten fra CEDAW-komiteen (CCEDAW 2007:62-66) sier at vertikal fødsel som er en gammel tradisjon hos urbefolkningen burde inkluderes i LMGYAI og at det burde utvikles programmer som tar sikte på å bevare tradisjonell helsekunnskap og bruk av tradisjonelle jordmødre. I artikkel 3 av LMGYAI åpnes det riktignok for at andre enn det offentlige kan delta under loven, enten det er private klinikker, frivillige organisasjoner eller hjelp fra fødselskoner, men dette har i liten grad blitt benyttet i praksis, ifølge informantene. Som med loven generelt avhenger mye av de personene som er involvert og engasjementet til

³² Intervju med Sandra Jaramillo.

brukerkomiteene. En informant som har jobbet med brukerkomiteen i Cayambe forteller at her har loven ført til opplæring av fødselskoner for å bedre deres ferdigheter.³³

Et annet spørsmål er om loven virkelig er så bred at den kan sies å være basert på reproduktive og seksuelle rettigheter. Etter reformen i 1998 gjelder loven en rekke temaer innen reproduktiv helse, og inkluderer også tjenester som test for livmorhalskreft og gratis morsmelkerstatning til barn av HIV-smittede mødre. Kvinneorganisasjonen *CPME* (Villagómez m fl 2002:44) kritiserer at kriseprevensjon ikke har blitt inkludert i loven, men med dette unntaket har den et bredt fokus og er tydelig inspirert av menneskerettighetene. Likevel - man ikke forvente at loven skal ha noen særlig *effekt* annet enn når det gjelder familieplanlegging og sikkert morskap.

Et problem som vold mot kvinner krever en bred strategi for å bekjempes. LMGYAI tilbyr ingen beskyttelse mot vold, kun gratis behandling av voldsofre, bokstavelig talt som et plaster på såret. Adm. direktør for Direktoratet for LMGYAI mener at voldsofre blir behandlet som alle andre når de kommer til en helseinstitusjon, men at det mangler normer og prosedyrer for hvordan man skal håndtere problemet. Den økonomiske barrieren for at kvinner skal anmelde vold er betydelig, og derfor er det minste LMGYAI kan gjøre å dekke kostnadene til helsetjenester, men dette blir i liten grad gjort mener hun. Ifølge *Grupo Faro* (2006:7) utgjør behandling etter vold i familien bare 2% av de helsetjenestene som gis. Informantene fra UNFPA Quito er enige i at det mangler kapasitet og kunnskap i helseenhetene om hvordan man skal håndtere vold mot kvinner. De forteller at UNFPA tidligere dette året har hjulpet til med opplæring av helsepersonell i forhold til vold mot gravide kvinner, for som de sier kan vold også være en årsak til mødredødelighet.

HIV/AIDS er også et tema som krever en bred tilnærming. Det som dekkes i LMGYAI er HIV-test for gravide kvinner,³⁴ og i tillegg morsmelkerstatning til gravide for og unngå overføring av sykdommen fra mor til barn. Dette siste er selvsagt viktig, likevel strider det med ikke-diskriminerings prinsippet at HIV-tester bare gis til gravide kvinner. Loven gjelder ellers for alle kvinner i reproduktiv alder, og det er derfor ganske underlig med denne begrensingen. For samfunnets del er dessuten en HIV-test like viktig for en kvinne som planlegger å bli gravid, eller en som ikke ønsker å smitte andre. Da er det mer forståelig at

³³ Intervju med Mireya Villacis.

³⁴ Mailkorrespondanse Marcía Elena Álvarez.

behandling av HIV/AIDS er utelatt fra loven. Beslutningen ble tatt etter en vurdering av tilgjengelige ressurser, og som følge av et ønske om at lovens tjenester skulle dekke flest mulig (Hermida m fl 2005:5). Det er til en viss grad opp til lokale aktører hvilke saker de vil fokusere på. Brukerkomiteene kunne for eksempel innlede samarbeid med kvinneorganisasjoner for å bekjempe vold mot kvinner. Men det er kanskje ikke så sannsynlig at dette skjer av seg selv, og komiteene jeg snakket med hadde hovedsakelig et fokus på fødsler og familieplanlegging.

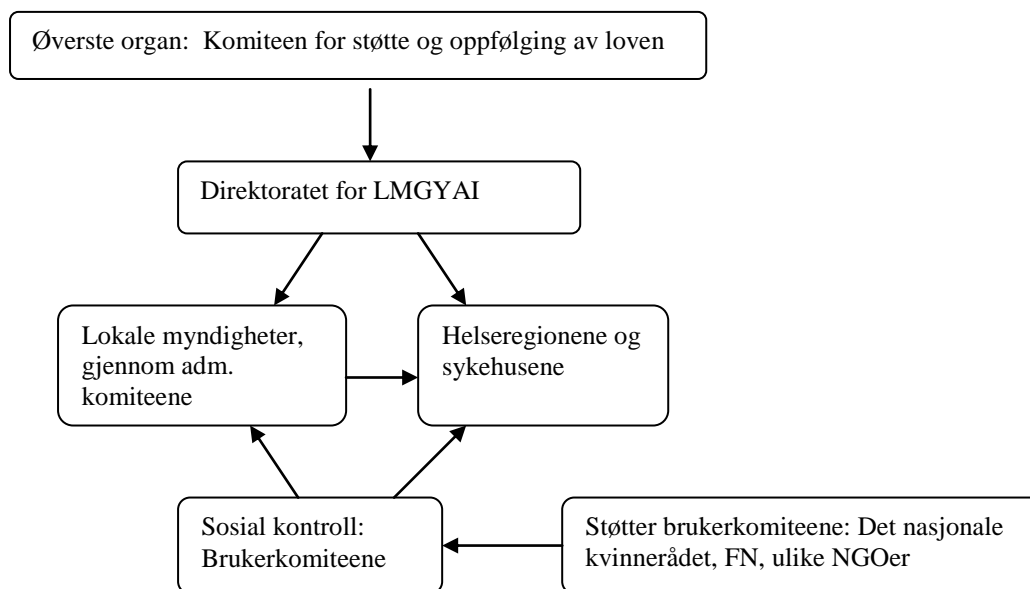
Det siste spørsmålet er om det er hensiktsmessig og fokusere spesielt på kvinner og på reproduktiv helse for å fremme deres rettigheter. Det er ikke gitt at et slikt fokus gir økt likestilling eller bedre levekår for kvinner. Det kan virke ulogisk, som en informant fra *Grupo Faro* sier³⁵, at en gravid kvinne som brekker beina ikke vil dekkes av loven. Dette har likevel en klar begrunnelse, i ønsket om å redusere mødredødeligheten. Mer alvorlig er det når informanten mener loven mangler en inkludering av menn. Som eksempel nevner han at det nylig har vært en stor spredning av HIV/AIDS blant husmødre i Quito, og at disse sannsynligvis har blitt smittet av sine utro menn. LMGYAI dekker HIV-test for kvinner, men ikke for mennene deres. Det å fokusere kun på kvinner kan altså av og til bety at man legger en for stor del av ansvaret på dem. Kvinner som gruppe ble gitt spesielle rettigheter under LMGYAI fordi de ble utsatt for en uforholdsmessig stor helserisiko i forhold til graviditeter. Samtidig er det et paradoks at menn utelates i debatten når kvinners forhold til menn spiller en avgjørende rolle for kvinnenenes reproduktive helse.

3.4 Administrering og finansiering av loven

LMGYAI er også interessant i et HRBA-perspektiv fordi lovens forskrifter beskriver hvordan loven skal iverksettes, og hva som er de ulike aktørenes ansvarsområder. Figur 3.1 viser hvilke aktører som er involvert i iverksettingen av loven, og hvordan de samarbeider med hverandre. Figuren viser at det øverste organet for administrering av loven er Komiteen for støtte og oppfølging, som ble opprettet i 2002. Komiteen skal bestå av landets førstedame, en representant fra helsedepartementet, administrerende direktør i Det nasjonale kvinnerådet, Det nasjonale helserådet, og koordinatoren for Direktoratet for LMGYAI. Deres oppgaver er blant

³⁵ Intervju med Patricio Aguirre.

annet å godkjenne Årsplanen til Direktoratet og det årlige budsjettet til Helsefondet, samt å evaluere utviklingen i mødre- og barnedødeligheten i landet.



Figur 3.1 Aktører som bidrar til iverksetting av LMGYAI

Finansieringen skjer ved at Direktoratet for LMGYAI overfører midlene fra Helsefondet og 3% av skatten på spesialvarer til de lokale administrasjonskomiteene. Det var Lov om desentralisering fra 1997 som inspirerte til opprettelsen av slike komiteer, hvor lokale aktører i samarbeid skal kontrollere fordelingen av ressurser på de ulike helseenhetene. Ifølge art. 6 i loven skal lokale myndigheter også utvikle programmer for informasjonsspredning og opprette et system for ambulansetransport for obstetriske nødstilfeller. Imidlertid var det i 2007 bare registrert administrasjonskomiteer i 54 av landets 219 kantoner, og det er ikke alle de eksisterende komiteene som fungerer. I de tilfellene hvor det mangler administrasjonskomiteer går pengene direkte til helseregionene og sykehusene.

Lovens forskrifter sier også at det skal opprettes lokale brukerkomiteer som blant annet skal informere kvinner og helsepersonell om rettighetene i loven, og kontrollere at den blir overholdt på helsesentrene i deres nærområder. De første brukerkomiteene ble opprettet i 1998 og er ifølge Garcia (2007:335) en av bærebjelkene for loven. Det finnes langt flere brukerkomiteer enn administrasjonskomiteer, i 2007 var 89 slike offisielt godkjent (Ugalde 2007:9). Brukerkomiteene var et forslag fra Det nasjonale kvinnerådet, som har

hovedansvaret for oppstartingen, opplæringen og godkjenningen av brukerkomiteer (se figur 3.1). De skal også sikre et kjønnsperspektiv og deltakelse fra kvinneorganisasjonene. En rekke steder har brukerkomiteene fått støtte fra ulike frivillige organisasjoner, og i Manabi støttes brukerkomiteene også av UNFPA som også har engasjert seg i iverksetting av loven på nasjonalt plan.

Finansieringen av loven har etter hvert blitt en stor utfordring. Hvis man ser på produksjon av helsetjenester sammenliknet med mottatte midler i årene mellom 2002 og 2006, ser man at produksjonen har gått oppover hele tiden, mens finansieringen bare har hatt en minimal økning siden 2003. I 2005 resulterer dette i at loven gikk med et underskudd på 15% (*Grupo Faro* 2006:6), og jo større kunnskapen blir om loven jo større vil underskuddet bli. Det er vanskelig å skaffe ekstra midler når finansieringen er definert på forhånd. Underskuddet går utover kvaliteten på tjenestene og kan føre til brudd på gratistprinsippet (ibid:7). I tillegg til et budsjettunderskudd, er det et problem når reglene for overføring av midler ikke følges. I 2006 mottok ikke Direktoratet for LMGYAI ressursene i tide, noe som førte til en forsinkelse i utbetalingene til provinsene. Denne forsinkelsen holdt seg gjennom året, og i oktober var fortsatt bare 56% av produksjonene dekket (ibid). Flere sykehusdirektører har nevnt forsinkelse i overføringen av pengene som et av de største problemene med loven (Hermida m fl 2005:16). Dette systemet hvor helseenhetene i ettertid får dekket produserte tjenester har aldri tidligere blitt brukt av helsedepartementet, men Direktoratet for LMGYAI mener det er et system som gir bedre kontroll på bruken av pengene. Det har blant annet vært et problem med unormalt mange oppføringer av spesielt kostbare helsetjenester, og det er derfor en viktig oppgave for Direktoratet å kontrollere de månedlige rapportene fra helseenhetene samt kontrollbesøk til utvalgte enheter (Hermida m fl 2005:16).

Kapitel 4 –

LMGYAI og realisering av rettigheter i Manabi

I dette kapitlet diskuterer jeg oppgavens spørsmål 2 om iverksettingen av LMGYAI, og hvilke praktiske utfordringer man møter på i Manabi-provinsen. På papiret har loven et menneskerettighetsfokus, men skjer gjennomføringen i tråd med HRBA prinsipper? Jeg velger å se dette nedenfra, gjennom brukerkomiteenes arbeid og erfaringer. For det første er det interessant å se hvordan forskriftene om sosial kontroll fungerer i praksis, og for det andre om denne deltakelsen også fører til et samarbeid med lokale myndigheter og ansvarliggjøring av de med forpliktelser ovenfor kvinners helse. HRBA-prinsipper sier også at prosjekter og programmer skal være bærekraftige og dette avhenger av blant annet respekt for lokal kultur og at endringer skjer innenfra. Et relevant spørsmål her er i hvilke grad arbeidet for å bedre kvinners reproduktive og seksuelle rettigheter i Manabi er konfliktfylt. Hvilke aktører er involvert i iverksettingen av loven, og har de et klart rettighetsfokus? Spesielt når det gjelder brukerkomiteene er det viktig å finne ut om de har kunnskap om menneskerettigheter, og om dette oppfattes som relevant for deres kamp for reproduktiv helse og bemyndigelse.

Manabi er landets tredje største provins, og har en befolkning på 1.2 millioner ³⁶ hvorav de fleste er mestizo. Størrelsen på provinsen gjør tilgjengelighet til og kontroll av helsetjenestene vanskelig. I alt er det 9 sykehus i provinsen, i tillegg til helsesentre og helsestasjoner, som er den minste enheten. I Manabi som i resten av landet har velferden for befolkningen i sin helhet økt siden 1990 samtidig med at ulikheten mellom fattige og rike har økt (Consejo Provincial 2006:255). Manabi er den provinsen i landet med størst andel ekstremt fattige ³⁷ (ibid:241). Analfabetismen på 13% er også høyere enn landsgjennomsnittet (ibid:29). I 2000 førte vær-fenomenet El Niño til store ødeleggelser av hjem, avlinger og infrastruktur i provinsen, og kombinert med den økonomiske krisa i landet steg fattigdommen betraktelig (Flores 2002:397). Fattigdommen er mer utbredt i de rurale delene av provinser, og i enkelte bydeler lever så mye som 85% av befolkningen i ekstrem fattigdom. *24 de Mayo* er en av de rurale kantonene, og her jobber folk flest med jordbruk og er uten arbeid og inntekt store deler av året da produktene de dyrker har kort sesong. Dårlig ernæring er et problem her, og kvinners helse forverres i tillegg av manglende familieplanlegging og det at mange ikke drar

³⁶ URL: <http://ecuador.unfpa.org/costacontextlocalcosta.htm> [Lesedato: 30.07.08].

³⁷ Målt etter "unsatisfied basic needs".

til legen i det hele tatt når de er gravide.³⁸ Spredningen av HIV/AIDS i Manabi er forholdsvis stort sammenliknet med andre steder i landet, den har økt fra 3 registrerte tilfeller i 1993 til 123 i 2005.³⁹ Undersøkelser viser at de fleste kjenner til sykdommen her, men at færre vet hvordan de kan beskytte seg. Myter som at det bare er homofile eller prostituerte som kan bli smittet er utbredt (Flores 2002:181-182). Flere informanter nevner institusjonell svakhet som en forklaring på hvorfor iverksettingen av LMGYAI har vært vanskelig i Manabi, helsetjenestene er ikke godt nok organisert og når ikke ut til folket. Flores (2002:251) mener også at korrupsjon på alle sosiale og politiske nivåer er medvirkende til fattigdommen i provinsen.

Resultater

Det er vanskelig å vurdere hvilken effekt LMGYAI har hatt, selv ti år etter at den ble innført. Man kan imidlertid si noe om i hvilke grad den har blitt iverksatt og hvilke endringer som eventuelt har skjedd innen reproduktiv helse i denne perioden. Loven har på langt nær full dekning, og det er fortsatt mange kantoner i landet som mangler både brukerkomiteer og administrasjonskomiteer. På den positive siden – i 2005 benyttet totalt 2.8 millioner mennesker seg av tjenestene under LMGYAI, og i alt 41% av alle kvinner i reproduktiv alder benyttet tjenester under loven. Av disse var det 25% som benyttet seg av kontroller før, under og etter fødsel, mens 75% mottok tjenester i form av familieplanlegging (Grupo Faro 2006:8). Det har skjedd en rekke forbedringer innen reproduktiv helse i Manabi de siste årene. Også her er det vanlig med hjemmefødsler, men andelen institusjonaliserte fødsler har økt fra 64% til 82% i perioden 1999 til 2004. Mellom 80 og 90% av kvinnene tar helsesjekk under graviditeten, men gjennomsnittlig bare 2.5 undersøkelser, langt mindre enn de fem anbefalte (Consejo Provincial 2006:169 sjekk). Fortsatt er det mange som ikke forstår viktigheten av helsesjekk etter fødselen, denne tjenesten benyttes bare av 34% av kvinnene (ibid:175).

En sentral indikator for kvinners reproduktive helse er mødredødeligheten. Som tabell 4.1 viser har det generelt vært en nedgang i mødredødeligheten i Ecuador siden 1971 da man begynte å registrere dette, men nedgangen har vært ustabil og i 2005 var det en ganske kraftig oppgang fra 53 pr. 100 000 to år tidligere til 85. Det betyr at mødredødeligheten faktisk er høyere i 2005 enn da LMGYAI ble innført.

³⁸ Intervju med Anita Sedeño.

³⁹ Man regner med at for hvert registrerte tilfelle finnes det 10-15 uregistrerte.

Tabell 4.1 Mødredødelighet pr. 100 000 levende fødte

Sted/År	1971	1990	1998	2000	2003	2005	FNs Mål for 2015
Ecuador	203	117	54	78	53	85	29
Manabi	-	122	-	46	23	-	31

Kilder: *Siise* og Consejo Provincial (2006)

Manabi hadde i 1990 en mødredødelighet som lå over landsgjennomsnittet, men denne har blitt gradvis redusert og ifølge disse tallene var man i 2003 nede på en nivå lavere enn FNs Tusenårsmålsetning på 31. Det er en egen Overvåkingskomité under helsedepartementet som registrer mødredødeligheten. En av informantene mener at det var manglende oppfølging fra denne komiteen som førte til de lave tallene for Manabi i perioden 2000-2006. I 2006 går tallene igjen opp, noe informanten mener skyldes bedre registrering og ikke økt mødredødelighet. Det er altså uklart om mødredødeligheten overhodet er redusert i Ecuador og Manabi siden 1998. Man regner dessuten med en underregistrering på 30% for mødredødelighet i Ecuador.

I Manabi er mødredødeligheten i stor grad et ruralt problem, 70% av dødsfallene mellom 1991 og 2005 gjaldt kvinner bosatt i rurale områder. Provinshovedstaden Portoviejo hadde færrest dødsfall i perioden 2001-2005, mens Jipijapa var blant dem som hadde flest (Consejo Provincial 2002:168). Det er oppsiktsvekkende at hele 75% av dødsfallene i 2006 skjedde på sykehus eller helsesentre, og bare 25% i hjemmet eller det private (ibid:169). 25. januar 2008 visste UNFPA allerede om to dødsfall det året i Manabi.

4.1 Lokal deltakelse og sosial kontroll

Jeg velger å se iverksetting nedenfra, og store deler av dette kapitlet er derfor basert på intervjuer med kvinner fra ulike brukerkomiteer i Manabi. Jeg har også intervjuet ordførerens representant i Portoviejo's administrasjonskomité og flere organisasjoner, som *Unidos somos más* som jobber med HIV/AIDS, *Espoir* som er en mikrokredittbank, *Plan* og stiftelsen *Nuevos Horizontes* som jobber med kvinner og barn utsatt for vold og overgrep. I tillegg har UNFPA vært en viktig kilde, pga deres koordinerende rolle i Manabi for aktører som er involvert i iverksettingen av loven. UNFPA har engasjert seg i iverksettingen av loven både lokalt og nasjonalt, noe de begrunner med et ønske om å støtte statlig politikk for reproduktive rettigheter, et ønske om å bidra til reduksjon av mødredødelighet og et ønske om

å støtte tilsyn av helsetjenestene.⁴⁰ Da LMGYAI begynte å gå i underskudd, bidro UNFPA nasjonalt blant annet med å sikre en tilgang på prevensjonsmidler til betraktelig lavere pris fra det internasjonale markedet. Lokalt har UNFPA kontorer i fem provinser, blant annet Manabi. Kontoret ligger i provinshovedstaden Portoviejo, og en av prosjektene deres her er å støtte opprettelsen og arbeidet til brukerkomiteene. Fra 2003 startet man med seminarer og opplæring i kantonene Jipijapa og Paján, samt i Guayas-provinsen. Siden det har man startet opp komiteer i syv kantoner, og til sammen har rundt hundre personer deltatt, anslår Terán fra UNFPA Manabi.

Formålet med de lokale brukerkomiteene er å skape engasjement blant de det gjelder, og gjennom deres aktive deltakelse sikre en tilsynsordning for de offentlige helsetjenestene, et samarbeid og en debatt om kvinners reproduktive rettigheter. Deltakelse er et sentralt HRBA-prinsipp, som henger sammen med demokratiske rettigheter som ytringsfrihet, organisasjonsfrihet og rett til informasjon (OHCHR 2004:19). I et land hvor både helsepersonell og vanlige kvinner mangler kunnskap om loven og dens rettigheter har brukerkomiteene en helt avgjørende rolle for å skape oppmerksomhet rundt temaet. Sosial kontroll er spesielt verdifullt fordi man vet at dårlig kvalitet på helsetjenestene kan være et problem, og adm. direktør for Direktoratet for LMGYAI mener også kvinnes arbeid er viktig for å motvirke korrupsjon.

HRBA-prinsippet om deltakelse innebærer at man involverer de det gjelder, og at de fattige går fra å være passive mottakere av hjelp til aktive aktører for egen utvikling. Dette er nettopp hva brukerkomiteene handler om. Komiteene representerer en bred, frivillig deltakelse fra alle som er interessert - som oftest kvinner, selv om også menn har deltatt. Som navnet viser til ønsker man i utgangspunktet at kvinner som selv er brukere av offentlige helsetjenester og som vet hvor skoen trykker, skal være de som kontrollerer at loven blir overholdt. Kvinnene i de brukerkomiteene jeg traff hadde stort sett en ting felles- engasjement. *Deltakelse fra de det gjelder gir programmet mer legitimitet*, sier Alameida fra Det nasjonale helserådet, selv om hun mener at det av og til kan være vanskelig for dem å sette seg inn i et komplisert byråkrati.

Siden en viktig utfordring for realisering av rettighetene under LMGYAI er å øke etterspørselen etter helsetjenestene, er en bred deltakelse avgjørende. Manabi har totalt 21

⁴⁰ Intervju med Carlos Terán.

kantoner (se kart). Av disse finnes det godkjente brukerkomiteer i 7 kantoner og noen kantoner har også komiteer på bydelsnivå. Jeg intervjuet kvinner fra kantonene Portoviejo, Jipijapa, Sucre og Rocafuerte, samt bydelene Picoazá, Nuevo Portoviejo, Riochico og California i Portoviejo. Jeg intervjuet også en informant som jobbet med den ny-oppstartede brukerkomiteen i kantonen 24 de Mayo. Et flertall av kantonene i Manabi mangler altså fortsatt brukerkomiteé, men på den annen side var det et imponerende nettverk i provinsen mellom de komiteene som er opprettet hvor kvinnene møter hverandre og diskuterer felles problemer. De fleste av komiteene hadde startet opp i 2005 og fungert i tre år da jeg snakket med dem, en del komiteer hadde også blitt startet men senere oppløst igjen. Et nettverk på provinsnivå hvor man kan utveksle erfaringer er nok derfor også viktig for at komiteene opprettholdes over tid.

Brukerkomiteene oppstår ikke av seg selv, men blir til gjennom et kursopplegg som Det nasjonale kvinnerådet står for. Ifølge en informant fikk brukerkomiteen i Quito økonomisk støtte fra kommunen da de skulle starte opp, men ellers er det et åpent spørsmål hver gang man har klart å verve frivillige hvordan man skal skaffe finansiering. Det nasjonale kvinnerådet laget i 2003 en guide for oppstarting av komiteer som heter Nøkkelen (CONAMU m fl 2003), og denne legger opp til et svært detaljert men pedagogisk opplegg for opplæring i LMGYAI og brukerkomiteenes rolle. Sett fra et menneskerettighetsperspektiv er den imponerende ambisiøs. Den gir grundig opplæring av hva reproduktive og seksuelle rettigheter er, legger opp til diskusjon rundt kjønnsroller og understreker viktigheten av sosial deltakelse og konfliktløsning i møte med autoriteter. Selv om det nok varierer i hvilke grad guiden blir fulgt, var mitt inntrykk at kvinnene i Manabi hadde god kjennskap til reproduktive rettigheter. Etter en slik seminarrekke velges kvinner som skal ha en ledende rolle i å verve andre og danne komiteer.

Oppstartingen av komiteer har altså ikke blitt gjort på noen systematisk måte, men avhenger av initiativ fra lokale organisasjoner eller kvinner. Selve arbeidet i brukerkomiteene er også basert på frivillighet. Som Lind (2005:57) sier kan det være en urettferdig stor byrde å skulle legge på fattige kvinner som allerede har store arbeidsmengder og ansvar for sine familier. En informant fra *Grupo Faro* mener også at det burde finnes et incentiv for at kvinner skal delta, for sånn som det er nå tilbys de ingen form for belønning. Det virker likevel ikke som det har vært vanskelig å verve kvinner de stedene hvor man har startet opp komiteer, og en informant mener at i 24 de Mayo skyldes dette en kultur hvor sosial deltakelse er veldig vanlig. Den

viktigste motivasjonen er kvinnes eget engasjement, gleden ved å hjelpe andre og viktigheten av temaer som mødre- og barnedødelighet. En av kvinnene fra Jipijapa beskriver engasjementet som *kjærlighet og tålmodighet* og informanten fra brukerkomiteen i Quito mener det er *politisk bevissthet som driver dem, for ingen tjener så mye som en centavo*. Å engasjere kvinner i Manabi har ikke vært så vanskelig, men det har vært mer utfordrende å få dem til å fortsette over tid. En av kvinnene fortalte at hun hadde vært i konflikt med politiet pga arbeidet hun gjorde på helsesenteret, og jeg ble fortalt at det var flere eksempler på kvinner som hadde sluttet fordi de var redde for å blande seg opp i myndighetenes arbeid, eller hadde overdreven respekt for legenes profesjonalitet og dermed ikke turte å være kritiske til deres behandling av pasienter. Det kan også være praktiske hindringer for kvinnes deltakelse, som at de har lang vei, lite med tid eller mangler penger til bussreisen for å være med på møter og besøke helsesentre og sykehus. I tillegg har komiteene samlinger for alle i provinsen, og av og til på nasjonalt nivå, og informanten fra Sucre mener at Det nasjonale kvinneverket burde dekke reiseutgiftene deres til slike anledninger, for dette kan være et direkte hinder for kvinnes deltakelse. Flere komiteer som startet opp ble etter hvert preget av frafall. Tiltross for bred oppslutning om det frivillige arbeidet var det bare ildsjelene som sto igjen.

Ifølge LMGYAI skal brukerkomiteene overvåke de offentlige helsetjenestene, identifisere behov og ønsker fra befolkningen, delta i lokal evaluering av loven, melde fra om mødre- og barnedødelighet og levere krav, klager og rapporter til de lokale Administrasjonskomiteene for loven. I praksis er det opp til hver enkelt komité hvordan de velger å jobbe, men også her er det laget retningslinjer. Komiteenes viktigste oppgave i Manabi var at de kontrollerte hva som foregikk på sykehus, helsesentre og helsestasjoner i deres område. Dette foregikk på en svært uformell måte ved at man besøkte disse stedene og snakket med brukerne av tjenestene og helsepersonell. Det er grunnleggende å kontrollere at leger og pasienter faktisk har kunnskap om rettighetene under LMGYAI, og at brukerne ikke må betale for tjenester som skal være gratis. Kvinnene kontrollerer også at pasientene blir behandlet bra, og at alt er som det skal for å gi et helsetilbud av god kvalitet. Ifølge retningslinjene for brukerkomiteene skal de sørge for at brukerne blir behandlet med respekt, at ventetiden ikke er for lang, at informasjonen til brukeren er god og at opplysninger blir behandlet konfidensielt. Alicia som leder provinsnettverket mener det også handler om *å gi støtte og øke selvtiliten til brukerne*, som også kan trenge. Det er også tydelig at en slik sosial kontroll er av stor betydning når informantene forteller om hvordan tilstandene var da de begynte. Ofte er det brukerkomiteene

selv som må lære opp helsepersonellet i rettighetene under LMGYAI, og først med deres tilstedeværelse ble rettighetene praktisert. Brukerkomiteenes arbeid kan også skje andre steder, som brukerkomiteen i Jipijapa som har fått sendetid på lokalradioen for informasjonsarbeid og diskusjoner.

For kvinnene som deltar i komiteene innebærer det opplæring i menneskerettigheter, lokalt engasjement og bevisstgjøring om viktigheten av reproduktiv helse. For at dette engasjementet skal ha betydning for ecuadorianske kvinners Rett til helse generelt må deltakelsen skje i stor skala og være godt organisert. Det er derfor interessant at det de siste årene har blitt utviklet et nasjonalt nettverk med deltakere fra vidt forskjellige bakgrunn sosialt, økonomisk og kulturelt. Komiteene engasjerer seg i ulike ting ulike steder i landet, og et eksempel på det er komiteen fra Quito Nord som har lagt en enorm innsats i å lage en omfattende rapport om helsetjenestene ved landets største fødselssykehus, Isidro Ayora. Det har allerede vært arrangert nasjonale konferanser, som i 2006 resulterte i at 326 representanter la frem en Nasjonal Agenda for brukerkomiteene (CONAMU m fl 2006). Denne skal være et felles uttrykk for komiteenes behov og krav, og her peker de blant annet på at loven de siste årene har gått i underskudd og at de mener manglende politisk vilje har hindret Komiteen for støtte og oppfølging i å fylle sin rolle. De mener også at det er problemer med systemet for registrering og evaluering av mødredødelighet, og at det er kritikkverdig når det ikke blir satt i gang sanksjoner mot personer som tilbakeholder midler fra loven. Selv om en slik nasjonal organisering av brukerkomiteene er interessant og nødvendig for at de skal få større gjennomslagskraft, så er en av informantene kritiske til at dette er møter som av økonomiske grunner blir arrangert gjennom Det nasjonale kvinnerådet, og som dermed ikke er basert på uavhengig organisering av kvinnene.

4.2 utfordringer for gjennomføringen av loven

Brukerkomiteenes erfaringer kan si en del om hvilke praktiske utfordringer som finnes i Manabi for å gi kvinner det helsetilbudet de har rett på. Etter menneskerettighetsprinsipper skal helsetjenestene gis til hele befolkningen uten diskriminering, tilgjengelig for alle, kulturelt akseptable og av en viss kvalitet. Den mest grunnleggende utfordringen for brukerkomiteene er derfor ikke bare å spre informasjon om de gratis helsetjenestene, men også å stille krav til helsetjenestenes kvalitet. Slik informasjon og bevisstgjøring kan skape en helt ny forståelse og et nytt samarbeid mellom aktivister, pasienter og helsearbeidere lokalt.

Samtidig er ingenting viktigere enn bevisstgjøring av kvinnene selv, og her er det mye som gjenstår. I en undersøkelse fra 2003 sa så mye som 3 av 10 kvinner i reproduktiv alder at de ikke hadde kjennskap til LMGYAI (Guzman 2005:215). Flere av informantene forteller at da de startet var det ingen i deres kanton som hadde hørt om loven. Det er også en del kvinner som har hørt om loven, men som ikke vet konkret hva den innebærer. En informant forteller at enkelte misforstår og tror den handler om at de kan få barn gratis. Informasjonsarbeidet er viktig for at kvinnene lærer om sine rettigheter, og om hva de kan kreve.

Avstand

Tilgjengelighet til helsetilbudet er et problem i Manabi som spesielt handler om geografisk avstand. Informanten fra Plan mener iverksetting av LMGYAI møter helt andre utfordringer i de rurale områdene av provinsen, hvor avstanden til nærmeste helsesenter kan være stor og det i tillegg er vanskeligere for myndighetene å holde kontrollen over de avsidesliggende kontorene. Verst er det for de familiene som ikke har noe helsesenter eller helsestasjoner i nærheten i det hele tatt. Terán i UNFPA Manabi forteller at *det finnes familier som må gå to-tre timer før de når fram til nærmeste helsesenter*. Det er også en del ting som ikke kan gjøres på de minste helsesentrene. I kantonene Picoazá kan vanlige fødsler gjøres på helsesenteret, men hvis det oppstår komplikasjoner eller man må ta keisersnitt må man dra til sykehuset i Portoviejo. I kantonene Jipijapa og Rocafuerte har de egne sykehus, men manglende utstyr gjør at de må reise til Portoviejo ved keisersnitt eller alle slags komplikasjoner. Under regntida blir tilgjengeligheten ytterligere forverret, fordi regn og oversvømmelser gjør veiene ufremkommelige mange steder. En av kvinnene mener tilgjengeligheten er en viktig grunn til at det forekommer mødre- og barnedødelighet. *De dør på veien, eller de ankommer alt for sent med komplikasjoner, eller de blir sendt hjem igjen og rekker ikke tilbake i tide*, sier hun. Informanten fra California kjenner til at det er kvinner som føder hjemme med fødselskoner, og mener dette er fordi de bor så øde til og ikke har noe alternativ.

Åpningstider

Det er spesielt problematisk med lang vei når helsesentrene har korte åpningstider og ventetiden er så lang at man risikerer å bli sendt hjem igjen. Informanten fra Plan sier at kvinnene ofte venter halve formiddagen, men tilslutt gir de opp og drar heller hjem for å forbrede middag til familien. Mange helsesentre er bare åpne enten på formiddagen eller

ettermiddagen. Helsedepartementet har innført en ordning hvor leger bare ansettes for fire timer daglig, og i Manabi var det tydelig at korte arbeidstider hos legene skapte en del frustrasjon. Det finnes helsesentre som bare fungerer enkelte dager eller noen timer enkelte dager, sier en informant. En annen forteller at i hennes kanton er det ikke mangel på leger, men at manglende kontroll på rurale steder fører til at legene gjør som de vil, og ikke er tilstede de timene de skal. Det finnes også en statlig ordning som går på at nyutdannede leger skal ha praksis det første året i et ruralt område. Selv om dette sikrer legedekning i distriktene kan den stadige utskiftningen føre til at de nyutdannede legene har dårligere kunnskaper om LMGYAI når de kommer, eller at brukerkomiteenes arbeid blir vanskeligere fordi de må forholde seg til stadig nye personer.⁴¹

Betaling for tjenestene

Hensikten med LMGYAI var nettopp å fjerne den økonomiske barrieren for fattige kvinners tilgang til helse. Likevel er det allment kjent at kvinner ofte må betale for tjenester som skulle vært gratis, og en rapport fra CONAMU/UNFPA (2004) viser at dette spesielt er et problem på lokale helsesentre og helsestasjoner. I Manabi har komiteenes arbeid utvilsomt hatt en effekt, for samtlige av kvinnene sier at det tidligere var vanlig å betale for helsetjenestene men at kvinner nå krever å få dem gratis. - *I Manabi vil du se at de står og vifter med lovteksten, og forteller legene hva de har rett på,* sier en av informantene i UNFPA. Det hender likevel flere steder at helsesentrene mangler medisiner og vitaminer som skal dekkes av LMGYAI, og at brukerne dermed må kjøpe disse selv. Det som også er veldig vanlig i Manabi er at brukerne må betale en engangsavgift når de besøker helsesenteret. Dette er ikke for å dekke helsetjenestene de mottar, men beskrives som et frivillig bidrag for å dekke helsesenterets utgifter til utstyr som lypærer og laken. Det er derfor vanlig å betale mellom 25 centavos og 1 dollar pr besøk, og lederen for provinsnettverket bekrefter at denne utgiften kan være et reelt problem for fattige kvinner - *Noen har kanskje råd til bussen men ikke til legetimen, eller omvendt.* Å kontrollere at gratistprinsippet blir fulgt er en av hovedoppgavene til brukerkomiteene, likevel var det delte meninger hos kvinnene i Manabi om dette systemet. Noen mente at det kun var snakk om en frivillig støtte som man ga i solidaritet, andre mente at selv om beløpet kanskje var frivillig så følte man seg presset til å betale. Temaet burde taes opp til diskusjon i provinsnettverket, for å klargjøre hvilke former for økonomisk støtte man eventuelt skal godta. Tatt i betraktning at det grunnleggende formålet med LMGYAI er å

⁴¹ Intervju med Pablo Zambrano.

fjerne den økonomiske barrieren, er det synd at man ikke har klart å sikre gratistprinsippet fullstendig. Det er også usikkerhet blant leger og sykepleiere mange steder om hva loven dekker og hva som går på det generelle helsebudsjettet, i følge en undersøkelse Villagómez m fl (2002:38) refererer til.

Kvalitet

For at retten til helse skal være oppfylt må også helsetjenestene være av en viss kvalitet. Rykte til helsetjenestene kan ha direkte betydning for om kvinner velger å føde på et sykehus, på en privat klinikk eller hjemme. På samme måten vil liten tiltro til helsetjenestene redusere sjansen for at fattige kvinner bruker knappe ressurser på legebesøk som de ikke ser som strengt nødvendige. Selv om antallet mødre som føder på institusjoner har økt, er det fortsatt en stor andel som ikke tar de anbefalte helsesjekkene under graviditeten og etter fødselen. I provinshovedstaden Portoviejo mener en av informantene at kapasiteten i helsetilbudet er bra, og at sykehuset her har rykte på seg for å være nesten bedre enn private klinikker. Mange av informantene mener at brukerne stort sett er fornøyde med kvaliteten på helsetjenestene. Informanten fra Nuevo Portoviejo sier at kvaliteten på behandlingen er bra, det er rent, de har et system med ventelister og pasientene blir behandlet med respekt. Men dette er ikke tilfelle alle steder, og en informant forteller at i hennes kanton har de gravide helt mistet tillitten til helsetjenestene. De vet ikke om de får hjelp når de trenger det, og blir behandlet respektløst av de ansatte. Det hender man blir avvist på legevakta, noe en av kvinnene leende forteller at hendte henne selv da de ansatte ikke var klar over hvem de snakket med.

Likeverd

I Manabi er ikke spørsmålet om kulturelt tilpassede tjenester noe stort spørsmål, men også her er det viktig at helsepersonellet behandler brukerne med respekt og gir dem forståelig informasjon. Kanskje kan klasseforskjeller skape en avstand her, det er i hvert fall tydelig at respektfull behandling er noe som ikke kan tas for gitt. En av kvinnene forteller at brukerne i hennes kanton føler seg diskriminert når de har reist langt for å komme til sykehuset, og så blir avvist av sykepleierne. I en annen kanton mener informanten at behandlingen - *ikke kunne vært verre*. Tidligere var det vanlig at man ropte og skrek etter pasienter forteller en, og de nevner eksempler på leger og sykepleiere som kom med nedsettende og sjikanerende kommentarer til tenåringsmødre. Dette mener informantene har endret seg, som et resultat av

at det har skjedd en bevisstgjøring både hos brukerne og helsepersonellet rundt kvinners rettigheter. - *Det var kunnskapsløshet som gjorde at de behandlet folk dårlig, sier en.* Informanten fra UNFPA mener brukerkomiteenes kontroll har tvunget helsepersonellet til å være påpasselige med hvordan de gjør jobben sin. - *De tar hensyn til folk på en annen måte enn før, mener han.*

Ikke-diskriminering

Et siste HRBA-prinsipp som er viktig for iverksettingen er ikke-diskriminering. I den grad helsepersonellet behandler brukerne dårlig eller vilkårlig er dette en form for diskriminering. Noen grupper er også mer utsatt enn andre. Organisasjonen *Unidos somos más* jobber med HIV/AIDS og er hovedsakelig en organisasjon for homofile og lesbiske. Både homofile og HIV-positive møter sterk stigmatisering i samfunnet, og ifølge lederen av organisasjoner er diskriminering også i høyeste grad vanlig i helsetjenestene. Det største problemet med LMGYAI i forhold til ikke-diskriminering er etter min mening at loven i veldig liten grad har noen effekt på ungdom. Rettighetene gis til alle kvinner i reproduktiv alder, også ungdom, men disse deltar i svært liten grad i brukerkomiteene og benytter seg i mye mindre grad av tjenestene. Informanter både fra UNFPA og brukerkomiteene er enige i man må finne måter å engasjere ungdom på, for å lære dem om deres rettigheter og for at de skal delta i brukerkomiteene. LMGYAI er laget i et forsøk på å redusere mødredødelighet og å bedre kvinners reproduktive helse generelt. Dette er umulig å gjøre uten å inkludere ungdom. Unge jenter er de som har størst behov for å lære om familieplanlegging, HIV/AIDS og selvbestemmelse over egen kropp. Også når det gjelder sikkert morskap er innsatsen som gjøres ovenfor ungdom avgjørende. Tenåringsgraviditeter er svært vanlig og disse fødslene er mer risikofylte enn andre fødsler. Det er grunn til å tro at også i Manabi er det et høyt antall usikre aborter, særlig hos unge jenter. Det er ikke mulig å redusere mødredødeligheten og hindre spredningen av HIV/AIDS i omfattende grad uten å inkludere ungdom. Det er kanskje ikke så rart at deltakelse i brukerkomiteene ikke fanger så veldig for tenåringsjenter, men informasjon om seksuell helse og rettighetene under LMGYAI angår dem i aller høyeste grad. Et av de grunnleggende problemene er manglende seksualundervisning i skolen, hvor man også kunne diskutert LMGYAI. Så lenge ungdommen ikke får tilstrekkelig slik informasjon, er dette diskriminering mot deres rettigheter.

4.3 Samarbeid og ansvarliggjøring

Å gi folk rettigheter er det motsatte av å gi veldedighet av barmhjertighet eller godvilje. Rettigheter innebærer å kunne stille krav, og å holde andre ansvarlige for å leve opp til sine forpliktelser. Ansvarliggjøring er derfor et sentralt HRBA-prinsipp, og det avhenger av kontrollmekanismer som er tilgjengelige, gjennomsiktede og effektive. Forskriftene til LMGYAI gir detaljerte beskrivelser av ansvarsområder og kontrollmekanismer. Hvordan fungerer dette samarbeidet i praksis? Brukerkomiteene har en unik rolle som kontrollører, men på hvilke måte forholder de seg til de andre aktørene? Deltar de virkelig i lokal politikk eller er de mest aktivister? Aguirre i *Grupo Faro* mener at mange av kvinnene er mer opptatt av å protestere enn å delta. Selv om aktivisme også kan være viktig, er han mer opptatt av at komiteene skal lære hvordan de kan ha en bedre dialog med og mer effektiv innflytelse over myndighetene. HRBA-teori forkaster nettopp svart-hvitt tolkningen av at det er ”staten mot folket”, som finnes i mange land med styringsproblemer. I stedet er det et mål at endringer skal skje gjennom staten, og i samarbeid med lokale myndigheter.

Forholdet til helsepersonell

Kvinnenes forhold til leger, sykepleiere og sykehusledelsen er avgjørende for at de skal kunne innlede en dialog og ta opp de problemene og klagene som måtte oppstå. Det er helt tydelig at det har skjedd store endringer på dette området. De fleste kvinnene forteller at helsepersonellet var skeptiske til og begynne med, fordi de ikke likte at arbeidet deres ble kontrollert. Helsepersonellet flere steder var fiendtlig innstilt ovenfor kvinnene, og i brukerkomiteenes Nasjonale agenda nevnes eksempler hvor kvinner har blitt forhindret i å gjøre jobben sin og t.o.m. fysisk angrepet. I Jipijapa hadde de problemer med å få gjort kontroll på sykehuset en periode da de manglet id-kortene som komiteene får fra Det nasjonale kvinnerådet. Etter at de har fått disse kortene har det gått bra, og også andre informanter forteller at helsepersonellet har gått fra å være fiendtlige innstil til å ha respekt for den jobben de gjør. Det er riktignok noen som mener at helsepersonellet bare ”oppfører seg” når komiteene er tilstede og ikke ellers. Men informantene er enige om at det også handler mye om personer, og i Sucre skryter informanten og sier at de ansatte her virkelig ønsker endringer.

Kontroll med lokale myndigheter

Brukerkomiteenes samarbeid med lokale myndigheter er ifølge Garcia (2007:334) svært varierende, fra fullstendig ignoranse fra myndighetenes side til full iverksetting av loven. De lokale myndighetene skal etter loven blant annet bidra med å opprette Administrasjonskomiteer og sørge for ambulansetransport ved obstetriske krisesituasjoner. Lokale myndigheter er også lovpålagt å delta i informasjonsarbeidet om LMGYAI og bidra til opprettelsen av brukerkomiteer, men det blir ikke gjort i praksis. Administrasjonskomiteene er viktige av flere grunner, de skal fordele midlene fra LMGYAI, og i tillegg føre en kontroll over ressursbruken, kontroll over gratistprinsippet, kontroll av kvaliteten på tjenestene og ta imot de samlede klagen fra brukerkomiteene i kantonen.⁴² Administrasjonskomiteene skal dermed ha en koordinerende rolle lokalt, og ifølge brukerkomiteenes guide *Nøkkelen*, er det administrasjonskomiteene de først og fremst skal jobbe opp imot. Hermida m fl (2005:3-18) mener at Administrasjonskomiteene har en unik sjanse til å koordinere en uorganisert helsesektor, og styrke lokale myndigheter gjennom at man inkluderer det sivile samfunn, i tillegg til å danne mekanismer for kvalitetssikring for helsetjenestene og slik skape et helsetilbud som skal dekke hele befolkningen.

I Manabi var det mange kantoner som manglet administrasjonskomiteer, eller som hadde komiteer som fungerte dårlig. Terán i UNFPA mener at myndighetene ikke forstår viktigheten av å opprette administrasjonskomiteer, og at de som finnes ikke samarbeider med brukerkomiteene i særlig grad fordi de har et utelukkende økonomisk perspektiv. Flere av kvinnene fra brukerkomiteene var usikre på om det i det hele tatt fantes slike komiteer, mens andre visste om dem men fortalte at de ikke hadde noe samarbeid. Informanten fra Sucre mente at den største utfordringen for iverksetting av LMGYAI i hennes kanton var at Administrasjonskomiteen ikke fungerte som den skulle. I Manta derimot fantes det en velfungerende komité og et generelt godt samarbeid med ordfører og lokale myndigheter. I Portoviejo har det eksistert en administrasjonskomité siden 2000, og i tråd med loven består denne av ordførerens representant, en representant fra en kvinneorganisasjon, en representant fra en bondeorganisasjon, en representant fra det sivile samfunn og øverste leder for helseregionen. Ordførerens representant hadde begrenset kjennskap både til brukerkomiteene og andre administrasjonskomiteers arbeid. Hun beskriver komiteens viktigste oppgave som å fordele ressursene til de ulike sykehusene og sentrene, og å sende rapporter til Direktoratet for

⁴² Intervju med Pablo Zambrano.

LMGYAI om de tjenestene som blir gitt. Dette fungerer veldig bra på sykehuset i Portoviejo, her er de veldig flinke med rapporteringen sier hun. – *Her blir rettighetene realisert hver eneste dag*. Hun mener utfordringen ligger i bevisstgjøring av kvinner, og bekjempelse av usunne holdninger som for eksempel om at det er unødvendig med legebesøk under graviditeten og at man like godt kan føde hjemme. De som jobber med helse må også ”sensitiveres”, og man må inkludere menn i arbeidet fordi machokulturen er en utfordring for iverksettingen av loven.⁴³

Samarbeidsprosjekter

To saker som illustrerer samarbeid og mangel på samarbeid lokalt er ordninger for ambulansetransport og sikker tilførsel av blod til sykehus og helsesentre. I Portoviejo hevder ordførerens representant at de jobber med å få til en ordning for ambulansetransport, mens Terán i UNFPA hevder kommunen aldri engang svarte på brukerkomiteenes brev med forespørsel om dette. I alle tilfelle mangler man fortsatt en slik ordning, som er avgjørende ved obstetriske krisesituasjoner. Det er tydelig et problem med manglende politisk vilje her, flere av kvinnene sier at det har vært umulig for dem å få kontakt med ordføreren for i det hele tatt å diskutere løsninger for ambulansetransport. Ideelt sett har alle kvinner i Manabi rett til helse, og ambulansetransport er lovpålagt gjennom LMGYAI. I praksis er det ifølge informantene bare kantonen Manta som har lyktes med en slik ordning. Her driver de nå med opplæring av ambulansesjåfører.⁴⁴ Et annet problem som de fleste brukerkomiteene nevnte var sikker tilgang på blod til sykehus og helsesentre. I art. 22 av Helseloven fra 2002 står det at både offentlige og private helseaktører er forpliktet til å sørge for blod til pasienter når det trengs, uten økonomisk kompensasjon. I Portoviejo finnes det egentlig en avtale med Røde Kors om at de skulle sikre gratis blod til pasienter, som myndighetene skulle betale for. I praksis finnes det ikke tilgang på blod i alle de forskjellige helsesentrene, i stedet må dette hentes fra Røde Kors sitt kontor i Portoviejo som er langt unna for mange. I tillegg har det hendt at man må betale for blodet, og en informant beskriver hele Røde Kors som en ”mafia”. UNFPA kjenner til at det har blitt tatt betalt for blod med den begrunnelsen at myndighetene ikke har dekket de utgiftene de etter avtalen skal. Det finnes eksempler på menn som har måttet kaste seg i en taxi og kjøre til Røde Kors er en time unna for å kjøpe blod og så returnere med dette til sykehuset der kona ligger. Mangel på blodtilførsel har vært et problem

⁴³ Intervju med Beatriz Barrezueta.

⁴⁴ Intervju med Alicia Zamora.

flere steder i landet, og kan føre til dødsfall bekrefter informanten fra Det nasjonale kvinnerådet.

Brukerkomiteenes rolle

Spørsmålet gjenstår i hvilke grad brukerkomiteene lykkes i å nå frem med det de gjør. Det nasjonale kvinnerådet kom i 2007 med en guide til brukerkomiteene om hvordan de kan levere klager og anmeldelser (CONAMU m fl 2007). Denne omfattende men lettfattelige guiden er et stort pluss for kvinnes frivillige arbeid. Det gjennomgår hvilke menneskerettslige forpliktelser staten har, hva som dekkes av LMGYAI og hvem som kan melde fra til hvem og hvordan når loven ikke blir fulgt. Enkelte brudd på LMGYAI kan være straffbare, som dødsfall pga manglende eller dårlig behandling, det å ta betalt for tjenester som skal være gratis eller å bidra til å fremme etnisk diskriminering. Det kan også tas ut krav om skadeerstatning. I tilfeller hvor administrasjonskomiteene ikke fungerer, kan man klage gjennom helseområdene, ordføreren, Det nasjonale kvinnerådet, Overvåkingskomiteen for mødre dødelighet eller andre sivile organisasjoner for beskyttelse av menneskerettigheter. Brukerkomiteene anbefales i tillegg å sende kopier av anmeldelser til Direktoratet for LMGYAI, og lage et arkiv over alle sakene. Denne guiden er imidlertid nylig kommet ut, og en undersøkelse fra 2008 viste at bare rundt 54% av brukerkomiteene har fått opplæring etter denne guiden.⁴⁵

I Manabi er de vanligste klagen som brukerkomiteene mottar at man måtte betale for tjenester som skulle være gratis, at man blir dårlig behandlet av lege eller sykepleier og at det oppstår problemer under behandlingen. Alle brukerkomiteene tok imot klager, men i hvilke grad man når frem med klagen varierer veldig. Noen klager kan løses ved at brukerkomiteene selv prater med helsepersonellet eller sykehusledelsen. Enkelte informanter mente at mange kvinner hadde motforestillinger mot å sende inn skriftlige klager, fordi man da må oppgi fullt navn. I Nuevo Portoviejo har man laget en postboks hvor man kan legge klager anonymt, hvis man er ukomfortabel med å anmelde. Hvis samtaler med sykehusene ikke fungerer, lages det skriftlige rapporter som sendes til sykehusdirektøren, de lokale myndighetene og helseregionene. Informanten fra *Plan* mente også at selv om kvinnene gjør en viktig jobb som rettighetsforkjempere i sine lokalsamfunn, så når ikke anmeldelsene frem til helseregionene, og når de gjør det så har legene alltid unnskyldninger.

⁴⁵ Mailkorrespondanse, Marcia Elena Álvarez.

Som en av kvinnene i brukerkomiteene sa: - *de forsvinner i det blå*, de når ikke frem.

Ifølge LMGYAI skal brukerkomiteene levere rapporter til administrasjonskomiteen hver tredje måned, men i Manabi var det bare en av brukerkomiteene som gjorde dette på regelmessig basis. Ifølge Terán i UNFPA har disse rapportene aldri blitt besvart fra myndighetenes side. Likevel kan slik rapportering gi nyttig informasjon om lokale forhold og behov, som også kan være nyttig for blant annet Direktoratet for LMGYAI og Det nasjonale kvinnerådet. Det virket ikke som at det var noen spesiell grunn til at kvinnene i Manabi ikke skrev rapporter, annet enn at de så på tilstedeværelsen på sykehus og helsesentre som det sentrale ved sin jobb. En del av kvinnene er kanskje heller ikke vant til papirarbeid, likevel er det synd at dette ikke blir gjort, siden kvinnene da undervurderer sine muligheter for politisk innflytelse.

4.4 Bemyndigelse som resultat?

Målet med rettighetsbasert utvikling for kvinner er å oppnå bemyndigelse, av Kabeer (1999:2) definert som ”en endring i en persons mulighet eller evne til å ta strategiske valg angående eget liv”. I hvilke grad kan iverksettingen av LMGYAI sies å ha ført til bemyndigelse av kvinner? Et viktig spørsmål for menneskerettighetenes legitimitet, er i hvilke grad ideer og begreper kan overføres til andre kulturer og kontekster. Det engelske begrepet empowerment, på norsk bemyndigelse er et begrep jeg ville antatt stort sett var i bruk hos FN-byråkrater. Dette viste seg å være helt feil, det spanske *empoderimiento* brukes både av Direktoratet for LMGYAI og kvinnene i brukerkomiteene. På spørsmål om deltakelse i brukerkomiteene var en form for bemyndigelse svarte en kvinne at - *ja, selvfølgelig!* En annen sa at - *ja, vi kjenner oss sterkere nå*. En tredje sa at - *når man klarer å hjelpe andre mennesker, og oppnår endringer i samfunnet, så vil man aldri gi seg*.

Menneskerettighetene har som mål å endre verden nedenfra, ved å gi individet en rekke grunnleggende rettigheter. Det er likevel ikke sikkert at menneskerettighetene fremstår som relevante for de fattige selv. Kanskje har de en virkelighetsforståelse hvor nettopp mangel på rettigheter og rettferdighet gjør at de er opptatt av langt mer kortsiktige behov. Det er derfor meget interessant hvordan opprettelsen av brukerkomiteer under LMGYAI i Ecuador har nettopp kampen for menneskerettigheter som sitt fokus. Kvinnene fra brukerkomiteene

bekreftet at dette var tilfelle også i praksis. - *Menneskerettigheter, det er det vi driver med, sa en fra Riochico. Bevisstgjøringen rundt menneskerettigheter skjer blant annet gjennom oppstartingsseminarene og komiteenes manual for klager og anmeldelser setter de lokale og nasjonale ansvarsmekanismene i et større menneskerettighetslys. Et annet spørsmål er om menneskerettighetsdiskursen er forståelig for de den gjelder. Er det realistisk å skulle gjøre fattige kvinner, ofte med lite utdanning, til eksperter i internasjonale jus? Selv om fattige kvinner flest i Ecuador nok ikke har så omfattende kunnskaper om menneskerettigheter, så var det tydelig at kvinnene i brukerkomiteene godt visste hva reproduktive rettigheter var. For dem handler det om konkrete utfordringer i hverdagen som lite penger for å dra til legen, eller sosial urettferdighet som når de ser at kvinner og barn dør unødvendig. Rettighetene under LMGYAI har et internasjonalt språk, men oppleves i høyeste grad som meningsfullt her. Som en av kvinnene sier - *det er ikke så vanskelig å lære opp andre kvinner i dette temaet (menneskerettigheter), man må bare si det på en måte som de forstår.**

Flere kilder mente at iverksettingen av LMGYAI i Manabi ble spesielt utfordret av at machokulturen sto så sterkt her, selv sammenliknet med andre provinser. Terán i UNFPA bekrefter at folk i Manabi har en egen måte å være på som også gjenspeiles i familieforholdene. Også andre steder i landet kan det forekomme at menn har to familier, men i Manabi er dette så vanlig at det nesten kan regnes som en del av folks sosiale moral, mener han. På spørsmål om machokulturen er en utfordring for kvinners reproduktive og seksuelle rettigheter svarte informantene entydig ja. Maktforholdet mellom kjønnene har betydning for kvinnes reproduktive helse. *Plan* identifiserte fysisk, psykisk og seksuell vold mot kvinner som problemer som springer ut fra machokulturen. Dette er også et problem for gravide kvinner, og en ekstra utfordring for bekjempelsen av HIV/AIDS. Stiftelsen *Nuevos Horizontes* som jobber med kvinner og barn som har vært ofre for vold, mener at det er en rekke kulturelle holdninger som har negativ effekt på kvinners rettigheter. En ansatt her mener at sosiale normer noen steder tilsier at en kvinne som gifter seg må få så mange barn som mannen vil, og at vold i ekteskapet er noe hun bare må godta. Enkelte steder mener hun også at fedre som misbruker barna sine er såpass normalt at det nesten må anses som en ukultur. Jenter som har blitt misbrukt får ikke den oppreisningen de har krav på. Hvis de har hatt seksuelle forhold tidligere mister de sin troverdighet for rettsvesenet, og samfunnet for øvrig, mener hun.

Utviklingsarbeid basert på en HRBA-tilnærming kan bidra til å legitimere kvinnekamp, fordi man går vekk fra en debatt om moral og kultur og over til en debatt om kvinners menneskerettigheter. Slik kan internasjonale normer støtte opp om en lokal prosess for bemyndigelse av kvinner. De jeg intervjuet var alle engasjert i kvinners rettigheter, og definerte machokulturen nesten utelukkende negativt. Det er mange som tar mannens dominans som noe selvfølgelig i det ecuadorianske samfunnet, men rettighetsfokuset under LMGYAI kan bidra til en bevisstgjøring om de sidene ved kulturen som er undertrykkende eller diskriminerende for kvinner. Flere av informantene mente at kvinner ofte blir utelatt fra viktige bestemmelser, som hvor mange barn familien skal ha. De mente det også kunne være problematisk for kvinners helse at kvinner er lært opp til å sette familiens behov for velvære foran sine egne. Med organiseringen av brukerkomiteer blir kvinner bevisste på hvor viktig det er å ta vare på egen og andres helse. Kulturelle holdninger kan også hindre kvinner i å engasjere seg i samfunnsspørsmål. En av kvinnene som deltok i brukerkomiteene fortalte at hun var enke, og at mannen hennes ikke hadde latt henne gjøre denne jobben hvis han hadde levd. Arbeidet i brukerkomiteene er derfor også nyttig for å fremme kvinners synlighet og engasjement i lokalmiljøet.

Det er interessant hvordan flere kilder bruker begrepet ”gjøre folk mer sensitive” ovenfor kvinners rettigheter, som om det ikke egentlig skulle finnes noen konflikt men bare var et spørsmål om bevisstgjøring hos menn eller myndigheter. En kvinneaktivist i Manabi mente at det ikke var kultur, men heller mangel på utdanning når kvinner velger å føde hjemme. Den nedsettende kommentaren til tross, hun har et poeng. Nemlig at ting som forsvares som kultur og tradisjon av og til kan endres gjennom bevisstgjøring og økt kunnskap, i dette tilfelle kunnskap om risikoene ved hjemmefødsler. I tråd med HRBA er bevisstgjøring ovenfor menneskerettigheter viktig ikke bare ovenfor staten, men også enkeltpersoner og samfunnsaktører som politi, dommere og helsearbeidere (UNFPA 2005:21).

Menneskerettighetene prøver på mange måter å ”sivilisere” folk, ved at staten forpliktes til å forhindre også enkeltpersoners rettighetsbrudd. Man kan spørre seg om det er naivt eller fruktbart, men på helsesentrene i Manabi har det vist seg at man får den respekten man krever. Kvinnenes arbeid utfordrer også eksisterende kjønnsroller, ved at det er nettopp de som kontrollerer de lokale autoritetspersonene som legene er. I en rapport fra UNFPA og Det nasjonale kvinnerådet som omhandler nettopp menneskerettighetsfokuset i LMGYAI (Ugalde 2007:15) nevnes ytringsfrihet som et viktig aspekt ved brukerkomiteenes arbeid. Kvinnene

som siteres i rapporten mener at arbeidet har ”gitt dem en stemme” både ovenfor ektemenn og leger, og at arbeidet har lært dem om ”ordets makt”, eller viktigheten av å si ifra.

LMGYAI kan også bidra til bemyndigelse av kvinner ved at disse blir aktive aktører i egen utvikling, og ved å fremme deres deltakelse som samfunnsborgere lokalt og politisk.

Informanten fra Det nasjonale kvinnerådet mener at LMGYAI ikke bare har redusert mødredødeligheten, men at den også har hatt en positiv effekt ved å tillate en politisk deltakelse for kvinner. - *De har kunnet forlate den private sfæren, og realisere seg selv i den offentlige*, mener hun. - *Dette er en form for bemyndigelse, de har gått fra å være objekter til subjekter. De får anerkjennelse i denne rollen som de ikke vanligvis får i hjemmet, selv om deres rolle er avgjørende for forsørgelsen av hele familien.*

Arbeidet i brukerkomiteene er likevel ikke bare enkelt. En av kvinnene sier det er et tungt ansvar hun har som frivillig i brukerkomiteen, og andre har gitt opp. Det er klart at det er en grense for hva myndighetene kan kreve av folk, i dette tilfelle fattige kvinner. Hvis deres kamp ikke skal være forgjeves må de oppleve at de får noe igjen for det, og at det nytter. Kvinnene vet godt at arbeidet ikke bare er viktig for deres egen del, men for andre kvinner og for hele lokalsamfunnet. En annen sier at arbeidet først var tungt, men at hun nå føler at hun hjelper både seg selv og andre, og at de redder liv. - *Ingenting kan stoppe oss for vi er i kamp*, sier en av kvinnene. Hun mener utfordringene fremover først og fremst er å bekjempe diskriminering i helsetjenestene, og sørge for at kvinner krever sine rettigheter. De som ikke har gitt seg, føler at det nytter og at de har fått til endringer. Flere steder har kvinnene lært opp helsepersonellet i kvinnes rettigheter under loven, og de mener selv at det har skjedd holdningsendringer hos legene og sykepleierne. Enkelte leger har fått advarsler etter at det har kommet klager på at de behandler kvinnelige pasienter dårlig. Legene snakker annerledes til pasientene nå, og det er ikke lenger sånn at de kjefter og smeller på pasientene. I Rocafuerte har man fått utvidet tilbudet fra å være kun på formiddagen til også å gjelde ettermiddagen. I Manta har man fått til en ordning for ambulansetjeneste og i Sucre har man nå en velfungerende blodbank. Kvaliteten på tjenestene har blitt bedre i Portoviejo, mener informanten, og man har nå månedlige rutiner for evaluering. Det er også kvinnes fortjeneste at det ikke lenger tas betalt for tjenestene under loven som skal være gratis. Sammen redder de liv.

Det er en fare for at en HRBA-strategi ikke appellerer til folk som har sterk mistro til staten og myndighetene. I Ecuador finnes det en masse NGOer og frivillige organisasjoner, i tillegg til den private sektoren som forsøker å dekke det behovet staten ikke har kapasitet til. HRBA-teori setter fokuset tilbake på staten, som hoved-pliktbæreren, både ovenfra gjennom internasjonalt menneskerettighetsarbeid, og nedenfra gjennom demokratiske kanaler. I forhold til de ansatte på sykehusene og helsesentrene er det ikke noen tvil om at kvinnene har styrket sin posisjon, og i ulik grad lykkes i å omskape forholdet mellom dem som borgere og autoritetene i helsevesenet. Som informanten fra Riochico sier *-Uten oss hadde ingen stilt krav, og de rettighetene man ikke krever er det ingen som oppfyller i dette landet.* Når det gjelder brukerkomiteenes forhold til myndighetene gjenstår det derimot mye før det oppstår et nytt forhold basert på samarbeid og dialog.

Bemyndigelse av kvinner kan skje på flere nivåer. UNFPA Manabi mener at brukerkomiteene har vært en erfaring som har bidratt til personlig vekst for kvinner som aldri hadde trodd at de kunne komme til å bli beskyttere av rettigheter. For den individuelle kvinnen handler reproduktiv helse i aller høyeste grad om bemyndigelse, det handler om kontroll over egen kropp og muligheten til å planlegge eget liv. Menneskerettslige handler det om Retten til liv og personlig integritet. Bevisstgjøring rundt egen helse –også den forebyggende - og fjerning av den økonomiske barrieren kan redde liv. For menneskelig og økonomisk utvikling i Manabi handler ikke reproduktive rettigheter bare om å redusere mødredødeligheten, men om å ta tak i et tema som er mye mer sammensatt. Spredningen av HIV/AIDS vil for eksempel kunne ha utallige negative konsekvenser på samfunnsnivå. En styrking av kvinners reproduktive rettigheter i Manabi er en form for bemyndigelse av kvinner fordi det er en måte å ta et oppgjør med tidligere diskriminering på. Diskriminering både fordi kvinners helse ikke i tilstrekkelig grad har blitt prioritert, og fordi mangelen på kvinners reproduktive rettigheter hindrer kvinner i å ha samme livsmuligheter som menn. De har ikke hatt samme mulighet til å ta meningsfulle valg. Tilslutt er en styrking av kvinners reproduktive rettigheter gjennom iverksettingen av LMGYAI et eksempel på bemyndigelse fordi kvinner lærer hvordan de kan kreve fra staten et helsetilbud av en viss kvalitet som også er tilgjengelig for de fattige.

Konklusjon

Ecuadors historie er preget av politisk og økonomisk ustabilitet, og tidligere forsøk på å fremme utvikling har i liten grad ført til reelle endringer for den fattige delen av befolkningen. Fattigdom og ulikhet forsterkes av manglende investering i det offentlige helsevesenet, og dette gjør at retten til helse kun eksisterer på papiret for de fleste ecuadorianere. HRBA er annerledes enn tidligere utviklingsteorier nettopp fordi man ønsker å ta tak i de underliggende strukturelle årsakene til fattigdom, og dette skal skje ved at enkeltmennesket gjøres til en aktiv aktør for egen utvikling heller enn en passiv mottaker av hjelp. Oppfyllelse av menneskerettigheter er målet med all utvikling ifølge HRBA, og i tillegg må prosessen som fører til utvikling skje i samsvar med menneskerettslige prinsipper. Man kan aldri godta prosesser som bryter med prinsipper som lokal deltakelse, ikke-diskriminering, likestilling, fokus på rettigheter, ansvarsmekanismer og prioritering av marginaliserte grupper. Ecuadors "Lov om gratis morskap og helsestell for barna" (LMGYAI) fra 1998, er et viktig forsøk fra myndigheters side på å fremme rettighetsbasert utvikling gjennom å styrke kvinners rettigheter. Utviklingen av loven har gått tregt pga de mange politiske skiftene i perioden, og innføringen av et egenbetalingssystem i 1998 var direkte i strid med loven. Over tid har loven likevel ført til et bredt samarbeid mellom ulike aktører og en bred konsensus om kvinners rettigheter. Lovens fokus på menneskerettigheter, lokal deltakelse og kontroll gjør den til et eksempel på rettighetsbasert utvikling som også er interessant i et internasjonalt perspektiv.

Kvinners rettigheter i Ecuador

Reproduktiv helse er en av de største utfordringene for styrkingen av kvinners rettigheter i Ecuador. Menneskerettslig innebærer reproduktive rettigheter blant annet kvinnens rett til liv, til personlig integritet og retten til helse. Den internasjonale debatten om kvinners menneskerettigheter har hatt stor innflytelse i Ecuador, men de mange politiske planene og lovene er ikke troverdige uten en bedre iverksetting som skaper virkelige resultater.

Reproduktive og seksuelle rettigheter handler om likestilling. Dette er fordi både manglende prioritering av kvinners helse og skjev maktbalanse mellom kjønnene som fratar kvinnen selvbestemmelse over egen kropp, må anses som diskriminering. I Ecuador er både religiøse argumenter mot prevensjonsmidler og kvinneundertrykkende holdninger i befolkningen en utfordring for kvinners likeverd på området reproduktiv helse. Brudd på kvinners

reproduktive rettigheter varierer dessuten i stor grad etter hvilke gruppe kvinner det er snakk om.

Men reproduktive og seksuelle rettigheter handler også om fattigdomsbekjempelse, ifølge HRBA. Reproduktive rettigheter fremmer kvinners fysiske og psykiske helse, noe som også har betydning for barns helse og oppvekst. Kvinners rett til selvstendige beslutninger angående egen kropp og helse skaper mer likestilte familieforhold og gir kvinnen større forhandlingskraft innad i familien. Muligheten til å planlegge egen reproduksjon gir kvinnen reelle valgmuligheter - i forhold til ekteskap, utdanning, jobb og deltakelse i samfunnet. Alt dette bidrar til bemyndigelse av kvinner – av Kabeer definert som evnen til å ta meningsfulle valg for eget liv. På området reproduktive rettigheter står Ecuador ovenfor utfordringer både når det gjelder ressurser, holdninger, kunnskap og likebehandling. Et ekstremt eksempel på brudd på de reproduktive rettighetene, er når kvinner og jenter dør i forbindelse med fødsler eller svangerskap. Dødsfall som følge av usikre aborter illustrerer et fullstendig fravær av ”muligheten til å ta meningsfulle valg for eget liv”.

Lov om gratis morskap og helsestell for barna

Rettighetene under loven er universelle fordi de gis til alle kvinner i reproduktiv alder, men er samtidig ment å hjelpe de fattigste ved å fjerne den økonomiske barrieren til helsetjenestene. LMGYAI bygger på internasjonale menneskerettighetene, og har en holistisk forståelse av reproduktiv helse. Likevel er tiltakene mot vold i familien og HIV/AIDS svært begrensede, så loven kan i hovedsak forventes å ha en effekt i forhold til reduksjon av mødredødelighet og tilgang på prevensjonsmidler.

Det er ikke nok med et gratis helsetilbud, det er også nødvendig med informasjon og bevisstgjøring om helse slik at etterspørselen etter tjenesten øker. Det er nødvendig med egne strategier for å ivareta rettighetene til urfolkskvinner og ungdom, siden disse gruppene i størst grad opplever brudd på sine rettigheter, samtidig som de i minst grad benytter seg av tjenestene under loven. Erfaringer fra brukerkomiteene kan gi en bedre forståelse av urfolkskvinnens møte med helsevesenet. Satsing på ungdom er avgjørende for å bekjempe problemer som mødredødelighet, uønskede graviditeter, spredning av HIV/AIDS og usikre aborter. Samtidig er det den økte etterspørselen etter helsetjenestene som har gjort at loven siden 2005 har gått med underskudd, og styrking av finansieringen er dermed en av de største

utfordringene fremover for loven. Men selv ved en bedre finansiering og en fullstendig oppfølging av gratis-prinsippet, er det et grunnleggende problem som gjenstår, og det er kvaliteten på helsetjenestene. Økt satsing på helsesektoren er derfor en forutsetning for at LMGYAI skal kunne holde det den lover.

Det er ikke mulig å si om mødredødeligheten har blitt redusert i Manabi etter innføringen av LMGYAI på grunnlag av den tilgjengelige statistikken, men det *har* skjedd en rekke forbedringer på området reproduktiv helse. Det er også sikkert at brukerkomiteenes arbeid har spilt en sentral rolle for iverksettingen av loven. Brukerkomiteene her har bidratt til å skape et nytt forhold mellom brukerne av helsetjenestene og de ansatte, gjennom opplæring og bevisstgjøring om kvinnes rettigheter. Dette har ført til at fattige kvinner nå krever, og får, helsetjenestene under LMGYAI gratis. Reprodutiv rettigheter er grunnleggende for kvinners liv, og deltakerne i brukerkomiteene beskriver selv erfaringen som bemyndigelse. I et land hvor menneskerettighetskamp kan føre til drapstrusler, er brukerkomiteenes lovfestede rolle en unik mulighet. Kvinnene er aktive deltakere i egen utvikling, hjelper både seg selv og andre, og utfordrer eksisterende kjønnsroller ved å ta ansvaret for en viktig samfunnsjobb. Det må derfor dannes flere brukerkomiteer, og disse må få økt støtte til oppstart og møtevirksomhet.

I den grad kvinnene lykkes i å ansvarliggjøre myndighetene er dette også en styrking av demokratiet. Brukerkomiteene har hatt stor innflytelse på helsesentrene og sykehusene, men samarbeidet med lokale myndigheter er beskjedent. Riktignok har enkelte av kantonene lyktes i å få til ordninger for ambulansetjeneste og blodbank, men generelt har ikke administrasjonskomiteene i Manabi den koordinerende rollen de er tiltenkt, og samarbeidet med brukerkomiteene er minimalt. Det lokale samarbeidet må styrkes hvis brukerkomiteenes arbeid skal være mer enn bemyndigelse for enkeltindivider, men også ha en politisk betydning og føre til bemyndigelse av fattige kvinner i Ecuador generelt. Brukerkomiteenes erfaringer og klager må registreres og følges opp, og det må settes press på lokale myndigheter for å danne fungerende administrasjonskomiteer og ellers leve opp til sitt ansvar. Som frivillige organisasjoner med juridisk ryggdekning har brukerkomiteene et stort potensial, og nasjonalt samarbeid dem imellom kan skape en bevegelse.

Veien videre

Det er mulig at den nye Grunnlov vil gi ecuadorianerne generelt bedre helserettigheter, men det er også en fare for at noe vil forsvinne i prosessen. LMGYAI ble til på et unikt historisk tidspunkt da reproduktive og seksuelle rettigheter ble nedfelt i Grunnloven for første gang, og loven hadde et klart formål- nemlig reduksjon av mødredødeligheten. Det har blitt foreslått at brukerkomiteene kan fortsette sitt arbeid gjennom en kontroll av *alle* helsetjenester. Hvis dette skjer vil de imidlertid miste det fokuset på kvinners spesielle interesser, et fokus som er viktig både for fattigdomsbekjempelse og for å fremme kvinners likestilling. Samtlige informanter mente at brukerkomiteene måtte fortsette sitt arbeid uansett hva som skjedde med Grunnloven, men dette kan være vanskelig å få til i praksis. Brukerkomiteene er avhengige av støtte for å få til resultater, både gjennom sin lovfestede rolle og gjennom samarbeid med andre aktører. Jeg er likevel overbevist om at man har klart å skape et engasjement blant kvinnene i Manabi som ikke kommer til å forsvinne over natta, og forhåpentligvis vil også deres fremtidig arbeid ta opp i seg menneskerettighetene som mål og metode. I forhold til reproduktive rettigheter er ikke det Ecuador trenger mest en ny Grunnlov, men heller en større innsats for realiseringen av eksisterende rettigheter.

Eide (2006:253) mener at selv om rettighetsbasert utvikling er mulig, så er det kanskje ikke så sannsynlig. Jeg er helt enig i at HRBA-teori krever mye, spesielt av de fattige landene, når det gjelder hvilke prinsipper utviklingsarbeid skal gjøres etter. For at dette skal være rimelige krav må de rike landene, de internasjonale finansinstitusjonene og innflytelsesrike organisasjoner gå foran med et godt eksempel. Men forståelsen av praktisk menneskerettighetsarbeid og oppslutningen om HRBA kan også økes gjennom erfaringer fra enkeltland, prosjekter eller aktører. I den sammenhengen er det imponerende hvordan et lite land som Ecuador har lyktes i å integrere kvinners reproduktive rettigheter i den nasjonale politikken og skape en så stor oppslutning om dette på landsbasis. Denne oppgaven har vist at menneskerettighetene har stor praktisk betydning for fattige kvinner her. Det var ikke vanskelig å ta til seg en menneskerettighetsdiskurs for brukerkomiteene i Manabi, tvert om var rettighetene et nyttig verktøy i kvinnenens kamp for reproduktiv helse og mot usunne holdninger, diskriminering og korrupsjon i helsevesenet.

Det interessante er etter min mening ikke hva slags utvikling som er mest sannsynlig, men at utvikling i tråd med grunnleggende menneskerettighetsprinsipper er *helt nødvendig* for effektiv og varig bekjempelse av fattigdom. Dette er nettopp fordi den tar tak i de vanskelige politiske spørsmålene. I Ecuador kan kvinners reproduktive rettigheter sees som et spørsmål om sosial rettferdighet. Men rettferdighet er et politisk vanskelig begrep i et land med så store økonomiske og sosiale skiller, og så stor mistillit mellom folket og myndighetene. I en slik kontekst kan det være helt nødvendig med en menneskerettighetsdiskurs, som depolitiserer temaene samtidig som den setter minstestandarder for kvinners levekår og definerer manglende helsetilbud som diskriminering. HRBA setter krav til hvordan selve utviklingsprosessen skal foregå, og oppfordrer til sosiale krav *gjennom* staten. LMGYAI er en så viktig lov nettopp fordi den ikke nøyer seg med å gi gratis helsetjenester, men fordi den gir brukerkomiteene og kvinner flest mulighet til å stille krav. Det er slik ansvarliggjøring som må være det endelige målet for utviklingshjelp, både av myndighetene, giverlandene, det internasjonale samfunnet og i forhold til reproduktive rettigheter – også av privatpersoner og helsepersonell.

.

.

Litteraturliste

Alston, Philip (2005): 'Ships Passing in the Night. The Current State of Human Rights and Development Debate Seen Through the Lens of the Millennium Development Goals' i *Human Rights Quarterly. A Comparative and International Journal of the Social Sciences, Humanities and Law* 27: 755-829.

Andersen, Svein S. (1997): *Case-studier og generaliseringer: Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.

Andreassen, Bård Anders (2006): 'The Human Rights and Development Nexus: From Rights Talk to Rights Practices', kap. 13 i *Poverty, Politics and Development. Interdisciplinary perspectives*. Dan Banik (red). Bergen: Fagbokforlaget.

Banik, Dan (2006): 'Introduction', kap 1 i *Poverty, Politics and Development. Interdisciplinary Perspectives*. Dan Banik (red). Bergen: Fagbokforlaget

Banik, Dan (2007): 'Implementing Human Rights-Based Development: Some preliminary evidence from Malawi.' Presentert på ekspertseminar om ekstrem fattigdom og menneskerettigheter, Genève 23-24 Februar 2007. Konferansepaper.

Berget, Trond og Ane Sigurdsdotter Mygland (2006): 'Landprofil Ecuador', i *Latin-Amerika på nye veier. Latin-Amerikaboka 2006*. Ingeborg Austreng m fl (red). Oslo: Latin-Amerika gruppene i Norge/Solidaritet Forlag.

Bhavnani, Kum-Kum m fl (2003): 'An introduction to Women, Culture and Development', kap.1 i *Feminist futures. Re-imagining Women, Culture and Development*. Kum-Kum Bhavnani m fl (red). London/New York: Zed Books.

Bortman, Marcelo (2003): 'Health', kap. 10 i *Ecuador. An Economic and Social Agenda in the New Millennium*. Vicente Fretes-Cibils m fl (red). Washington DC: The World Bank

Bottasso, P. Juan (2007): *Minorías y democracia en el Ecuador*. Quito:Abya-Yala.

Bull, Benedicte (2006): 'Development Theory Revisited', kap 2 i *Poverty, Politics and Development. Interdisciplinary Perspectives*. Dan Banik (red). Bergen: Fagbokforlaget.

Byrnes, Andrew (2002): 'The Convention on the Elimination of All forms of Discrimination Against Women', kap. 5 i *Human Rights of Women. International Instruments and African Experiences*. Wolfgang Benedek m fl (red). London: Zed books.

CCEDAW (2007): *Consideration of reports submitted by state parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Combined sixth and seventh periodic reports of State Parties. Ecuador*.

CEPAR (2005): *Endemain 2004. Informe final. Encuesta demográfica y de salud materna e infantil*. Quito.

CLADEM (2003): *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Ecuador. Diagnóstico nacional*. Quito.

CONAMU m fl (2003): *La llave. Guía para la conformación y funcionamiento de los Comités de Usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*. Quito.

CONAMU m fl (2006): *Agenda Nacional de los Comités de Usuarias/os de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*. Cuenca.

CONAMU m fl (2007): *Ruta de la denuncia*. Quito.

CONAMU/UNFPA (2004): *Ecuador: 10 años después. Ecuador 1994-2004. Análisis del cumplimiento de los compromisos del Ecuador en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo 1994*. Quito.

Consejo Provincial de Manabí/FN m fl (2006): *Objetivos del Desarrollo del Milenio. Estado de situación 2006. Provincia de Manabí*. Quito.

Cook, Rebecca J. m fl (2001): *Advancing safe motherhood through human rights*. Genève: WHO.

Cook, Rebecca J. m fl (2003): 'Human Rights Principles' kap. 6 i *Reproductive Health and Human Rights. Integrating Medicine, Ethics and Law*. Oxford: Oxford University Press.

Crandall, Russell m fl (red) (2005): *The Andes in focus: security, democracy and economic reform*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.

Curi, Maria og Alexandra Martínez (1994): *El Muro interior. Las relaciones de género en el Ecuador de fines del siglo*. Quito: CEPLAES.

Dagsavisen (06.03.08): *Friheten var nær for gislene*.

Devereux, Stephen og John Hoddinot (1993): 'The Context of Fieldwork & Issues in Data Collection' kap. 1 og 2 i *Fieldwork in Developing Countries*. Stephen Devereux og John Hoddinot (red). Boulder: Lynne Rienner Publishers.

UELMGAI (2007): *Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Codificación y Reglamento*. Quito.

Eide, Asbjørn (2006): 'Human Rights-Based Development in the age of Economic Globalization: Background and prospects', kap 11 i *Development as a Human Right. Legal, Political and economic dimensions*. London: Harvard University Press.

Fisher, Jo (1993): *Out of the Shadows. Women, Resistance and Politics in South America*. London: Latin America Bureau.

Flores, Alexandra Martínez (2002): 'The perils of poverty', kap. 14 i *Voices of the poor: From many lands*. Deepa Narayan-Parker og Patti Petesch (red). New York: Oxford University Press/ Verdensbanken.

Fries, Lorena (2000): 'Los derechos humanos de las mujeres: aportes y desafíos', i *Las fisuras del patriarcado. Reflexiones sobre Femenismo y Derecho*. Giaconda Herrera (red). Quito: FLACSO.

García, Michel Rowland (2007): 'Ley de Maternidad Gratuita. Estudio de caso del Ecuador', i *Politica y Pobreza en los Paises Andinos*. Gustavo Guerra-Garcia og Kristen Sample (red). Lima: IDEA Asociación Civil Transparencia.

Gerring, John (2004): 'What is a case study and what is it good for', i *American Political Science Review* 98: 341-354.

Gómez de la Torre B., Virginia (2003): 'Los derechos sexuales y reproductivos: El aporte de las mujeres en el Ecuador', i *Población y desarrollo. Pasado y presente en el Ecuador*. Quito:UNFPA.

Grupo Faro (2006): *Lupa Fiscal Género. Análisis de presupuesto con enfoque de género en los programas de desarrollo social de salud maeternoinfantil y violencia*. Quito.

Guzmán, Mauricio León (2005): 'La salud de las Mujeres' i *Mujeres ecuatorianas. Entre las crisis y las oportunidades.1990-2004*. Mercedes Prieto (red). Quito: CONAMU m fl.

Hansen, Jakob Kirkemann og Hans-Otto Sano (2006): 'The Implications and Value Added of a Rights-Based Approach', kap 3 i *Development as a Human Right. Legal, Political and Economic Dimensions*. Bård A. Andreassen og Stephen P. Marks (red). London: Harvard University Press.

Hellevik, Ottar (2002): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hellum, Anne og Anne Lene Staib Knudsen (2006): 'From Human Development to Human Rights' i *Forum for Development Studies* 1: 53-77.

Hermida, J. m fl. (2005): *La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Ecuador. Informe LACRSS No. 62*. USAID/ WHO/Quality Assurance Project.

Hewitt, Tom og Ines Smyth (2000): 'Is the world overpopulated?', i *Poverty and Development into the 21st century*. Allen, Tim og Alan Thomas (red). Oxford: Oxford University Press.

Høstmælingen, Njål (2005): *Hva er menneskerettigheter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jonsson,Urban (2003): *Human Rights Based Approach to Development Programming*. Nairobi: UNICEF.

Kabeer, Naila (1999): *The Conditions and Consequences of Choice: reflections on the measurement of women's empowerment*. Genève: UN Research Institute for social Development.

Kjellberg, Fransesco og Marit Reitan (1997): *Studiet av offentlig politikk. En innføring*. Otta:Tano.

Landman, Todd (2003): *Issues and Methods in Comparative Politics. An introduction*. London/New York: Routledge.

- Larrea, Carlos m fl (2007): *Pueblos indígenas, desarrollo humano y discriminación en el Ecuador*. Quito: Abya-Yala.
- Laspina, Carmen (2003): 'De la salud materno-infantil a la salud sexual y reproductiva', i *Población y desarrollo. Pasado y presente en el Ecuador*. Quito: UNFPA.
- Levine, Ruth m fl (2001): *The Health of Women in Latin America and the Carribean*. Washington DC: Verdensbanken.
- Lind, Amy (2005): *Gendered Paradoxes. Women's movement, state restructuring, and global development in Ecuador*. Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.
- Marangoni S., Paolo (2003): 'Las Conferencias mundiales de población. 1974-1984-1994. Cambios y paradigmas', i *Población y desarrollo. Pasado y presente en el Ecuador*. Quito:UNFPA.
- Marks, Stephen P. (2005): 'Human Rights in Development. The Significance for Health', i *Perspectives on health and human rights*. Sofia Gruskin m fl (red). New York/London:Routledge.
- Melo, Luz Angela m fl (2006): *Human Rights-based programming*. Jensen, Lois (red). New York: UNFPA.
- Mikkelsen, Britha (1995): 'Semi-Structured Interviews and Questions', i *Methods for Development Work and Research: A Guide for Practitioners*. London: Sage Publications.
- Mora, Germán og João Yunes (1993): 'Maternal mortality: an overlooked tragedy', i *Gender, women and health in the Americas*. Elsa Gomez Gomez (red). Washington DC: OPS.
- Moser, Caroline O. N. (1993): 'Adjustment from below. Low-income women, time and triple role in Guayaquil, Ecuador', i *Viva. Women and popular protest in Latin America*. Sarah A. Radcliffe and Sallie Westwood (red). London: Routledge.
- OHCHR (2004): *Human Rights and Poverty Reduction: A Conceptual Framework*. New York/Geneve: FN.
- OPS/WHO (2007): *Situación de salud en las Américas*.
URL:http://www.ops_oms.org/spanish/dd/ais/ib_2007_SPA.pdf [Lesedato:04.04.08].
- Pearson, Ruth (2000): 'Rethinking gender matters in development', kap. 18 i *Poverty and Development in the 21st century*. Allen, Tim og Alan Thomas (red). Oxford: Oxford University Press.
- Ramírez, Gustavo Pérez (2000): *Reto para el tercer milenio. Población y desarrollo sostenible*. Quito: Abya-Yala.
- Roos, Wilma og Omer van Renterghem (1997): *Ecuador. A guide to the People, Politics and Culture*. London: Latin America Bureau.

Rubin, Herbert J. og Irene S. Rubin (2005): *Qualitative Interviewing. The Art of Hearing Data*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Salgado, María Judith (2000): 'Garantías constitucionales y derechos humanos de las mujeres', i *Fisuras del patriarcado: reflexiones sobre feminismo y derecho*. Giaconda Herrera (red). Quito: FLACSO.

SAPRI (2004): *Structural Adjustment: The SAPRI Report. The policy roots of economic crisis, Poverty and Inequality*. London: Zed Books

Seligson, Mitchell A. og Francesca Recanatini (2003): 'The Environment and Government and Corruption', kap. 15 i *Ecuador. An Economic and Social Agenda in the New Millenium*. Vicente Fretes Cibils m fl (red). Washington DC: Verdensbanken.

Silverston-Scher, Melina (2001): *Ethnopolitics in Ecuador. Indigenous Rights and The Streghtening of Democracy*. Miami: North-South Center Press at the University of Miami.

Sen, Amartya (1999): *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.

Sengupta, Arjun (2006): 'The Human Right to Development', kap 2 i *Devopment as a Human Right. Legal, Political and Economic Dimensions*. Bård A. Andreassen og Stephen P. Marks (red). London: Harvard University Press.

Siise. Versión 4.5. URL: www.siise.gov.ec [Nedlastingsdato:26.11.07].

Singh, Susheela m fl (2003): *Adding it up. The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. New York: Alan Guttmacher Institute/UNFPA.

Stein, Jane (1997): *Empowerment and Women's Health. Theory, Methods and Practice*. London/New Jersey: Zed Books.

Thomas, Alan (2000): 'Poverty and the end of development', kap. 1 i *Poverty and development. Into the 21st Century*. Tim Allen og Alan Thomas (red). Oxford: Oxford University Press.

Thomas, Alan og Tim Allen (2000): 'Agencies of development', kap. 9 i *Poverty and Development into the 21st century*. Tim Allen og Alan Thomas (red). Oxford: Oxford University Press.

Troya Fernández, María del Pilar m fl (2006): 'Promocion de derechos sexuales y reproductivos', i *Ciudadanizando la política: aportes de políticas publicas para el debate nacional Ecuador 2006*. Quito: Grupo Faro.

Törnquist, Olle (1999): *Politics and development. A critical introduction*. London: Sage Publications.

Ugalde, Silvia Vega (2007): *Implementación del enfoque de derechos humanos en el Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, con énfasis en el desempeño de los Comites de Usuarías*. Quito:UNFPA/CONAMU.

UNDP (2008): *Human Development Reports*.

URL:http://hdrstats.undp.org/countries/data_sheets/cty_ds_ECU.html [Lesedato: 13.08.08].

UNFPA (2003): '25 años: La huella que perdura', innledning i *Población y desarrollo. Pasado y presente en el Ecuador*. Quito: UNFPA Ecuador.

UNFPA (2005): *State of World Population 2005. The Promise of Equality. Gender Equity, Reproductive Health and The Millennium Development Goals*. New York.

Uvin, Peter (2004): *Human rights and development*. Conn Bloomfield: Kumarian Press.

Villagómez Weir, Gayne m fl (2002): *Diagnostico situacional de los derechos humanos de las mujeres. Derechos priorizados*. Villagómez Weir, Virginia (red). Quito: CPME.

Yin, Robert K. (2003): 'Case Study Research: Design and Methods', i *Applied Social Research Methods Series 5*: 83-139.

Liste over informanter

Quito

FNs befolkningsfond: Mercedes Borrero, Marcía Elena Alvarez, César Hermida

Verdens helseorganisasjon: Victor Arauz

Direktoratet for LMGYAI: Ninfa León (adm. direktør), Pablo Zambrano

Det nasjonale helserådet: Irina Alameida

Det nasjonale kvinnerådet: Rocío Bedón

Grupo Faro (NGO): Patricio Aguirre, Mireya Villacis

CEPAR (NGO): José Ordóñez

Brukerkomiteen i Nord-Quito: Sandra Jaramillo

Latinamerikansk senter for samfunnsforskning: Mercedes Prieto

Uformelle samtaler: UNDP, Helsesøster i Quito

Manabi

FNs befolkningsfond: Carlos Terán

Administrasjonskomiteen i Portoviejo: Beatriz Barrezueta (ordførers representant i komiteen)

Grupo Faro (NGO): Anita Sedeño

Fundación Nuevos Horizontes (stiftelse): Miriam Loro, Ida Modrovo

Plan International: Alicia Cuadro

ESPOIR (mikrokreditt-bank): Betty Moreira

Brukerkomiteen for kantonen Portoviejo: Alicia Zamora (leder for kantonen, koordinator for provinsnettverket)

Komiteer i ulike bydeler av Portoviejo: Cecilia Monserrate (Picoazá), Solanda García (Nuevo Portoviejo), Virginia Yessenia Rivas Arauz (California), Doris Carranza (Riochico)

Brukerkomiteer i andre kantoner i Manabi:

Mirella Zambrano (Jipijapa), Leliz Reyes (Jipijapa), Maria Vicente Moreira (Rocafuerte), Maria Auxiliadora Moreira Vera (Rocafuerte), Zoila Fabiola Zambrano Zambrano (Rocafuerte), Maria Auxiliadora Moreira Zambrano (Sucre).

Uformelle samtaler: APROFE, Unidos somos más (NGOer).

